

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 23 Juillet 1904, à 1 heure

PAR

Philippe METTEY

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

LE TRAITEMENT

DES

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

DE LA GROSSESSE

PRÉSIDENT : M. BUDIN, Professeur

JUGES	{	MM. BONNAIRE,	}	Agrégés.
		DEMELIN,		
		POTOCKI,		

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12

(Anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. DEBOVE.
Professeurs.	MM.
Anatomie	POIRIER
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et Matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	N....
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	DEJERINE.
	CHANTEMESSE
	DEBOVE.
Clinique médicale.	LANDOUZY.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement.	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
ACHARD.	DUPRE.	LEGRY.	des trav. anat.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Aug.).	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (ANDRÉ).	GOUJET.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	GILIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
DEMEIN.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER
MM. TROISIER, DUGUET, PERIER, PEYROT,
DEMELIN, ROCHARD,
MATHIEU, MOIZARD, SOULIGOUX, BEURNIER

et particulièrement à ceux auprès desquels j'ai eu
l'honneur de remplir les fonctions d'interne :

MM. DESCROIZILLES, REYNIER, BONNAIRE

A LA MÉMOIRE DE MES MAÎTRES REGRETTÉS D'INTERNAT
MM. DREYFUS-BRISAC ET BOUGLÉ

INTRODUCTION

Pendant notre quatrième année d'internat que nous avons eu l'honneur de passer sous la direction de notre excellent maître, M. le docteur Bonnaire, dans son beau service de Lariboisière, il nous a été donné d'observer plusieurs cas d'une affection assez rare : les vomissements incoercibles de la grossesse. Ce sujet a donné lieu à des travaux récents principalement à l'étranger. Notre maître lui a consacré une leçon faite le 8 mars 1904 à la clinique Tarnier, pendant une suppléance de M. le professeur Budin.

Il nous a paru intéressant de l'étudier à notre tour et d'en faire l'objet de ce travail.

Nous n'avons certes pas la prétention d'apporter des conclusions définitives, là où règnent encore à l'heure actuelle tant de controverses. Nous avons voulu seulement exposer l'état actuel de la question et montrer l'importance qu'il faut attacher à certains faits d'observation clinique et anatomo-pathologique qui peuvent apporter une contribution utile à l'histoire de cette affection.

Avant de commencer ce travail, nous avons à cœur

de remercier notre maître M. le docteur Bonnaire, de l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné et de l'initiative qu'il a bien voulu nous laisser dans son service.

Nous adressons nos remerciements à MM. les docteurs Thoyer-Rozat et Bué pour les documents qu'ils nous ont fournis dans la préparation de ce travail.

M. le Docteur Brault a bien voulu pratiquer, à notre intention, un examen histologique ; nous le remercions de son obligeance.

M. le professeur Budin nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse : qu'il nous permette de lui en exprimer toute notre gratitude.

I^{re} PARTIE

HISTORIQUE. — ÉVOLUTION DES CONCEPTIONS PATHOGÉNIQUES

Les vomissements incoercibles constituent une des complications les plus graves de la grossesse. Décrite anciennement par Paul d'Egine sous le nom de *vomitus aciduus*, cette affection a préoccupé de tout temps les accoucheurs : car si en entravant le cours de la grossesse, elle compromet directement l'avenir du fœtus, elle menace aussi gravement l'existence de la mère.

L'histoire des conceptions pathogéniques qui ont cherché à pénétrer l'essence et la cause première de cette affection est des plus intéressantes ; elle est intimement liée à celle de la thérapeutique dont elle explique les fluctuations.

Les anciens accoucheurs, *Mauriceau, de la Motte*, avaient déjà remarqué les rapports fonctionnels qui existent entre l'utérus et les voies digestives. « Il y a commerce, disait Mauriceau, entre la matrice et l'estomac. »

Voulant pénétrer la cause des vomissements graves observés en clinique, d'autres auteurs firent appel à l'anatomie pathologique.

L'estomac fut le premier mis en cause.

Et, en effet, des autopsies vinrent qui montrèrent des lésions gastriques : ulcération de la muqueuse, inflammations phlegmoneuses, néoplasmes, etc. D'autres lésions furent encore signalées au niveau du tube digestif ou de ses annexes.

C'est ainsi que l'on constata des hernies du triangle de J.-L. Petit, des péritonites tuberculeuses ou cancéreuses, des carcinomes hépatiques, auxquels on rapporta successivement l'origine des accidents.

Après le tube digestif on incrimina l'appareil génital. Des lésions furent constatées dans certains cas au niveau des enveloppes de l'œuf.

Dance décrivit des concrétions pseudo-membraneuses à la surface externe des membranes. Il trouva exceptionnellement du pus entre le placenta et l'utérus.

Chomel constata dans certains cas des plaques de pus concret à la face externe de la caduque.

Des altérations des annexes furent rencontrées : kystes ovariens, grossesses ectopiques, etc., mais le plus souvent aussi les observations furent négatives.

Les auteurs s'adressèrent alors à la clinique. On pensa que les vomissements étaient en rapport avec une excitabilité réflexe anormale du système nerveux mise en jeu sous diverses influences. On attach

alors une importance capitale aux modifications observées au niveau de l'utérus lui-même.

Les anomalies de position ante ou rétroversion furent signalées en particulier par *Cazeaux*. Les auteurs anglais *Mathews Duncan*, *Graily Hewitt* attribuèrent les accidents à la compression des filets nerveux au niveau de la plicature dans les ante et les rétro-flexions. Plus récemment ce dernier auteur pensa que dans certains cas les vomissements incoercibles étaient dûs à l'obstacle opposé au développement de l'utérus gravide par l'incarcération consécutive à une flexion ou à une version.

M. *Guéniot* a bien décrit ces faits dans sa thèse d'agrégation.

M. *Audry* (de Lyon) à l'occasion d'un cas grave terminé par la mort, malgré l'avortement, constata une antéflexion prononcée de l'utérus.

Clintock invoqua la distension exagérée de l'utérus dans le cas d'hydramniols, de môle hydatiforme, de grossesse gémellaire.

Schræder insista sur les réactions nerveuses que doit entraîner, au début de la grossesse, la distension de l'utérus avant que des modifications de structure soient intervenues qui favorisent l'extensibilité de l'organe.

De Giles considéra l'utérus dilaté comme une source d'irritation périphérique agissant sur le système nerveux en état de tension exagérée du fait de la gravidité.

Horwitz observa des vomissements graves dans

certains cas d'endométrite douloureuse. Dans d'autres, il s'agissait d'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin ou de grossesse extra-utérine.

Le col utérin fut trouvé malade.

Bennett signala des ulcérations retrouvées depuis par d'autres.

On accusa aussi l'hypéresthésie du col (*Clay*), son atrésie (*Depaul*), sa rigidité anormale.

Un grand nombre d'observations établissent la réalité de ces faits. Et souvent, dans ces cas, un traitement approprié fit cesser les accidents. Mais il est permis de se demander si ces causes, tout en jouant un certain rôle, étaient suffisantes pour provoquer des vomissements incoercibles : en un mot, si tout en constituant un point de départ, elles ne mettaient pas en jeu un mécanisme plus compliqué.

C'est ce que pensèrent les auteurs de la théorie essentialiste, qui considérèrent la maladie comme une affection exclusivement nerveuse.

Kaltenbach en fait une manifestation de l'hystérie. Et, en effet, en faisant le relevé des observations, on constate souvent les grands stigmates de la névrose : nombre de malades présentent au plus haut point de l'anesthésie pharyngée, du rétrécissement concentrique du champ visuel, de la dyschromatopsie et des troubles de la sensibilité générale.

D'autre part, la cessation des accidents est souvent causée par certaines émotions ou certaines influences où le système nerveux joue un rôle prédominant. La suggestion a souvent réussi d'une façon inattendue.

Morival, dans sa thèse, cite des guérisons surprenantes à la suite d'une émotion violente, d'un simple changement de résidence.

Debout (cité par M. Guéniot) cite un cas où une simple promenade en voiture, en public, causa une émotion telle à la malade atteinte de vomissements opiniâtres que la guérison s'ensuivit. On vit dans certains cas, la guérison suivre une chloroformisation, la malade étant persuadée qu'elle était délivrée du produit de sa conception.

Choteau Luez, *Oltramare*, citent des observations de guérison par suggestion (influence sur certaines malades de l'alimentation avec du lait dit magnétisé). La théorie de *Kaltenbach* fut défendue encore par *Ahlfed* en 1881.

« Vomissements et ptyalisme, dit-il, ne sont chez beaucoup de femmes, que l'exagération d'une névrose hystérique réflexe due à la grossesse et entretenue par elle. »

Les observations se sont multipliées depuis, et ont montré que l'hystérie existait fréquemment, mais outre que souvent il est impossible de constater de stigmates hystériques dans des cas graves, on a objecté que, même dans les cas positifs, l'hystérie n'expliquait pas suffisamment la gravité des accidents et notamment l'issue fatale observée dans nombre de cas.

Gottchalk invoqua alors l'anémie cérébrale grave, en se fondant sur les résultats favorables obtenus par un procédé thérapeutique, consistant dans le

décubitus déclive de la malade. Un certain degré d'anémie cérébrale peut exister au cours des vomissements incoercibles. Mais, si elle s'explique facilement par l'état de dénutrition et de cachexie, elle semble être conséquence plutôt que cause première.

Au milieu de toutes ces controverses, on est revenu aux constatations précises de l'histologie pathologique. Et, si elles sont les dernières en date, celles-ci constituent une base solide à la théorie actuelle de l'auto-intoxication pratique.

Roughton (cité par *Dirmoser*) en 1885, constate la tuméfaction trouble et la dégénérescence graisseuse au niveau du rein et du foie.

Reismann décrit des altérations des reins dans deux autopsies.

Lindemann dans un cas, rapporte avoir trouvé des reins présentant par places des caches dégénératives de couleur blanc-jaunâtre. L'examen histologique montra de la tuméfaction trouble des épithéliums du foie, de la rate, du rein, avec nécrose de coagulation dans les tubuli contorti : dans les tubes droits par places des globules sanguins extravasés.

En 1901, MM. *Champetier de Ribes et Bouffe de Saint-Blaise*, rapportent l'observation d'une autopsie où ils trouvèrent des lésions de néphrite aiguë, et des altérations au niveau du foie qui présentait un aspect blanchâtre avec des îlots jaunâtres. Sur la face inférieure de l'organe des hémorragies sous-capsulaires; toutes ces lésions présentaient une grande analogie avec les altérations observées dans l'éclampsie.

Nous avons eu occasion d'observer un cas de vomissements incoercibles très graves suivis de mort, et d'en pratiquer l'autopsie (Obs n° IX). Le foie diminué de volume (poids 1150 gr.) présentait une coloration jaunâtre diffuse sur sa face inférieure, on constatait des hémorragies sous-glissonniennes. Au niveau du lobe gauche, notamment, on observait plusieurs taches ardoisées dont une principale de 4 à 5 cent. carrés; à côté d'elles, plusieurs autres plus petites. D'autres taches hémorragiques s'observaient à la face inférieure du lobe droit.

Les reins présentaient des lésions de néphrite aiguë. La capsule était peu adhérente; au-dessous d'elle on notait une congestion intense du parenchyme rénal; les étoiles de Verheyen étaient très apparentes. A la coupe-forte, congestion des pyramides de Malpighi. La substance corticale était épaissie et congestionnée.

M. Brault a bien voulu pratiquer l'examen histologique des pièces.

Le foie présentait une congestion intense: un grand nombre de rameaux de la veine porte très dilatés, des rameaux sus-hépatiques également dilatés en nombre moindre.

Dans les cellules hépatiques, des noyaux vésiculeux assez nombreux par places: lésions de dégénérescence.

Pigmentation cellulaire dans le voisinage du réseau sus-hépatique: lésion discrète de coïncidence.

On constatait des trabécules présentant un début de nécrose cellulaire.

Dans certains ramuscules portes, quelques cellules hépatiques.

Au niveau du rein les lésions étaient extrêmement accentuées, beaucoup, plus marquées qu'au niveau du foie.

Nécrose en masse et très accusée des épithéliums des tubuli contorti.

Défaut de colorabilité des noyaux par l'hématoxyline sur un grand nombre de tubes et colorabilité plus forte par la thionine.

Effritement des épithéliums ; pas d'exsudat intratubulaire.

Veines et capillaires très dilatés par places.

En résumé lésions de très forte intoxication avec prédominance certaine sur le rein.

Tous ces faits d'observation apportent leur appoint à la pathogénie des vomissements incoercibles de la grossesse. M. Pinard considère cette affection comme une manifestation de l'insuffisance hépatique, une hépatotoxémie.

Les autopsies ont montré des lésions du foie très accentuées permettant de comprendre l'insuffisance hépatique.

D'autre part, l'étude attentive des éliminations urinaires a permis de constater des faits intéressants.

La quantité d'urines émises dans les 24 heures est souvent très abaissée ; lorsque les accidents

s'amendent, on observe souvent une véritable débâcle urinaire.

MM. ROGER ET JEANSELME ont signalé l'hypertoxité urinaire coïncidant avec la glycosurie alimentaire, indices d'altération du foie.

CRISTALLÉ a également signalé l'apparition du sucre dans les urines comme un indice précoce des premières altérations cellulaires.

M. BONNAIRE insiste sur l'inversion de la courbe des éliminations azoturiques.

Plusieurs de nos observations sont accompagnées d'analyses d'urines qui permettent de constater que la courbe d'élimination de l'urée baisse considérablement tandis que celle de l'acide urique s'élève.

Un autre point intéressant sur lequel M. Bonnaire attire l'attention est le chiffre d'élimination des chlorures qui baisse dans des proportions remarquables.

Nos observations indiquent 4 gr. 068 — 1 gr. 703 — 1 gr. 577 et même 0 gr. 918 et 0 gr. 749 d'élimination chlorurée par 24 heures.

Il faut tenir compte dans l'appréciation de ces chiffres de l'élimination salivaire dans certains cas où le ptyalisme est accentué.

A ce point de vue, nous notons dans une de nos observations (n° V) 1 gr. 60 de chlorures et 0 gr. 96 d'urée, dans les 24 heures. La diminution des quantités d'urée et de chlorures est d'autant plus marquée que la dénutrition est plus accentuée.

Nous ne pouvons mieux faire pour montrer l'éten-

due des désordres intimes de la nutrition constatés par la perversion de la composition des urines que de rapporter ici le tableau dressé par MM. Bonnaire et Deval avec les considérations qui en découlent.

Sauf le premier, tous ces cas se rapportent à des observations que nous rapportons dans ce travail.

NORMALES
D'APRÈS YVON

QUANTITÉS ÉLIMINÉES EN 24 HEURES							
VOLUME	DENSITÉ	Na Cl (100)	P2 O5 (2,25)	URÉE (20)	ACIDE URIQUE (0,40)	ACIDE URIQUE URÉE $\frac{1}{3}$	ACIDE PHOSPHORIQUE URÉE $\frac{1}{3}$
400	1,031	1,492	2,060	40,248	1,44	$\frac{1}{7}$	$\frac{1}{5}$
625	1,027	1,068	1,987	4,803	1,325	$\frac{1}{3}$	$\frac{4}{27}$
265	1,032	1,703	1,033	4,751	0,349	$\frac{1}{13,6}$	$\frac{1}{4,6}$
800	1,014	0,749	1,651	16,270	1,488	$\frac{1}{10,9}$	$\frac{1}{9,8}$
415	1,024	1,577	0,636	7,849	0,095	$\frac{1}{82,5}$	$\frac{1}{12,3}$
785	1,021	0,918	1,674	20,111	0,494	$\frac{1}{40,7}$	$\frac{1}{12}$
480	1,005	1,608	0,211	0,969			

Traces d'album, scatol.

Indican, indol.

Traces d'album, urobiline.

Indol scatol.

Traces d'alb. indican, urobiline.

1^o

2^o Obs. V

3^o Obs. VII

4^o Obs. VIII

5^o Obs. IX

6^o Obs. X

Salivé de V

Dans six observations de vomissements incoercibles, nous avons constaté que :

I° L'hypochlorurie était constante et dans 5 cas le poids de NaCl éliminé en 24 heures était inférieur à 2 grammes.

II° L'hypophosphaturie était constante également mais dans des limites beaucoup plus étroites.

III° La quantité d'urée était normale dans 2 cas et nettement inférieure à la normale dans les 4 autres cas.

IV° La quantité d'acide urique dépassait la normale dans 3 cas ; elle lui était égale dans 2 cas et inférieure dans 1 cas.

V° Le rapport $\frac{\text{acide urique}}{\text{urée}}$ s'élevait considérablement dans 4 cas et diminuait dans un autre cas.

VI° Le rapport $\frac{\text{acide phosphorique}}{\text{urée}}$ était normal dans 3 cas et augmentait dans 3 autres.

VII° L'indican ou les phénols existaient dans 4 cas.

En résumé, ces observations permettent de constater :

Une hypochlorurie exagérée.

Une hypophosphaturie moins sensible mais également constante et une augmentation fréquente du rapport $\frac{\text{ac. urique}}{\text{urée}}$.

Dans nombre d'observations et spécialement dans les cas graves, on note encore l'apparition, dans les urines, d'une quantité plus ou moins grande d'urobiline, on peut encore constater la présence d'indican

et d'acétone. L'albumine peut apparaître en plus ou moins grande abondance. On trouve aussi dans le dépôt des cellules épithéliales et des cylindres.

L'étude des phénomènes cliniques nous montre fréquemment l'apparition de l'ictère dans les cas graves. Quant au subictère, il est très fréquemment observé.

Mais si l'insuffisance hépatique peut constituer un facteur important, est-elle seule en cause ? Ici encore l'anatomie pathologique et la clinique nous montrent que le rein peut intervenir dans la genèse des accidents graves. Les examens histologiques ont décelé des lésions épithéliales très marquées au niveau du rein. L'étude des éliminations urinaires est également très importante à ce point de vue et nous avons vu qu'elle vient à l'appui de cette conception.

M. BARTH a publié, en 1897, une observation très intéressante qui montre bien le rôle que peut jouer le rein dans la genèse des accidents. Le foie présentait des altérations anciennes centro et péri-lobulaires en rapport avec l'évolution d'un double processus tuberculeux et alcoolique, et le rein présentait des lésions récentes de dégénérescence colloïde de l'épithélium des tubes contournés et des infarctus.

Ces faits nous montrent les reins impuissants à suppléer l'émonctoire malade devenir à leur tour le siège d'altérations profondes permettant à l'autointoxication de se manifester avec son maximum de gravité.

Le rôle capital que jouent les émonctoires hépatique et rénal est actuellement bien établi.

Dans ces dernières années, on a montré que d'autres organes pouvaient intervenir dans la genèse des accidents : et c'est ainsi qu'on a mis en lumière le rôle de l'intestin.

La présence maintes fois constatée dans les urines de produits en rapport avec les fermentations intestinales : acides sulfo conjugués, indican, acétone, montrent que le tube digestif peut jouer un rôle important.

Copaldi a vu dans la stercorémie une cause active de l'auto-intoxication par résorptions des toxines provenant de la putréfaction intra-intestinale.

Expérimentalement, il a montré que la coprostase agit mécaniquement et chimiquement sur la muqueuse rectale où l'on observe un piqueté hémorrhagique et des lésions superficielles de l'épithélium ; ces lésions favorisent la résorption des toxines coli-bacillaires et des produits de fermentation.

Dans les autopsies, on s'est attaché à étudier l'état du tube digestif.

C'est ainsi que *Lusogin* (cite par *Dirmoser*) insiste sur ce fait que dans tous les cas qu'il eut occasion d'observer, en outre des lésions des émonctoires, il constata l'atrophie de l'estomac et du tractus intestinal.

Dirmoser de Vienne en 1897, puis en 1899, publie deux travaux importants dans lesquels, se fondant sur les données de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, il expose une théorie nouvelle, destinée à montrer le rôle de l'intestin dans la genèse des vomissements incoercibles.

Il insiste d'abord sur les altérations cellulaires constatées au niveau du foie et du rein et conclut que ces altérations sont telles qu'on les observe habituellement dans les infections graves.

D'après Dirmoser, l'inanition ne peut produire ces lésions.

Il explique ensuite la genèse des accidents.

« C'est dans l'accroissement de l'utérus que réside sans aucun doute la cause première des vomissements.

Les troubles gastriques commencent souvent quelques jours après la conception comme manifestation réflexe du nouvel état de l'utérus. Que le développement de celui-ci s'arrête, que le produit de la conception succombe, les vomissements s'arrêtent aussi.

Les nerfs de l'utérus sympathique et vague sont ainsi excités mécaniquement.

Cette excitation retentit sur les mouvements péristaltiques de l'intestin au point d'entraîner une atonie temporaire. L'excitation du vague augmente aussi la sécrétion gastrique, de telle façon que souvent les matériaux alcalins arrivent à neutraliser les produits de sécrétion acide, ainsi que nous l'avons observé très souvent dans les cas de vomissements incoercibles. Cette insuffisance d'action antiseptique des sécrétions acides de l'estomac expose celui-ci aux processus de fermentation et de putréfaction. Les faits d'observation rapportés par de nombreux auteurs montrent l'atonie du tube digestif, la formation et la résorption de toxines. Dans nombre de cas s'ajoute encore

l'insuffisance d'action antiseptique des acides biliaires. Celle-ci favorise les fermentations anormales des composés albuminoïdes qui porteront leur action nocive sur les reins, le cœur et le système nerveux.

Que l'insuffisance hépatique apparaisse et alors sera réalisée l'auto-intoxication d'origine intestinale.

Les produits de putréfaction des corps albuminoïdes résorbés en grande quantité au niveau de l'intestin se retrouvent dans les urines. En analysant celles-ci dans 6 cas graves, Dirmoser a constaté :

1° La présence abondante d'urobiline dans tous les cas ;

2° Matières colorantes du sang dans 4 cas ;

3° Albumine en petite quantité dans tous les cas ;

4° Peptones dans 4 cas ;

5° De l'acétone dans 3 cas ;

6° L'acide oxalique était augmenté ;

7° L'indol et le scatol étaient également augmentés.

8° Les sédiments urinaires étaient toujours abondants, 3 fois il y avait des cylindres hyalins et granuleux et des cristaux divers.

Ces analyses montrent l'augmentation de l'indol, du scatol et des acides sulfo-conjugués, et la présence de corps anormaux comme l'albumine, l'urobiline, l'acétone et la peptone.

En somme, d'après Dirmoser, il y a atonie du tractus intestinal qui explique la rétention et la fermentation des albuminoïdes.

La résorption au niveau de l'intestin des produits de cette fermentation (indol, scatol, acetone, etc.) expliquent les lésions viscérales et jouent certainement un grand rôle dans la genèse de l'auto-intoxication.

Dirmoser admet, d'ailleurs, l'influence de prédispositions individuelles, qui jouent un rôle important dans les troubles d'innervation de l'estomac et du tube digestif.

La thèse de Dirmoser est intéressante. Elle met en lumière un des côtés de la question très négligé jusque-là : le rôle de l'intestin.

En relevant les observations, on voit que nombre de malades sont de grandes constipées chez lesquelles la stercorémie joue certainement un rôle très important. Chez plusieurs de nos malades, nous avons constaté une sensibilité extrême au niveau du gros intestin distendu. Ces femmes accusent des périodes de constipation pouvant atteindre et dépasser une semaine. Et de fait, sous l'influence des premières ingestions d'eau de Sedlitz et des premières entéroclyses, on assiste à une véritable débâcle de matières extrêmement fétides et en quantité parfois considérable.

Et maintes fois, les accidents se sont amendés rapidement à la suite de l'évacuation et de la désinfection du tube digestif par l'action combinée de la superpurgation et des entéroclyses.

C'est ce que nous avons constaté souvent dans le service de notre maître, M. le docteur Bonnaire.

L'auto-intoxication d'origine intestinale se retrouve donc souvent à l'origine des vomissements incoercibles de la grossesse.

Mais il est des cas, et ce sont souvent les plus graves, dans lesquels on voit les accidents persister malgré la désinfection intestinale, la mieux conduite.

Et, d'autre part, il existe un fait capital, depuis longtemps observé : c'est la cessation des vomissements et la guérison consécutive à l'avortement spontané ou provoqué. Cette constatation des plus remarquables a conduit certains auteurs à incriminer directement le produit de la conception et à voir dans l'œuf lui-même la cause initiale des accidents.

Pour *Theilhaber* les vomissements viennent d'une intoxication de la mère par les urines du fœtus.

Cette opinion subordonne des accidents de la plus haute gravité à une cause relativement bien minime., étant donné le volume du fœtus à l'époque où apparaissent les vomissements incoercibles.

Czempin (de Berlin), attribue au placenta le rôle d'une glande volumineuse possédant normalement d'importantes fonctions antitoxiques. Si son action devient insuffisante, les matières régressives provenant du fœtus peuvent dans certains cas gagner le sang maternel et réaliser l'intoxication.

Behm (de Berlin) dans un mémoire important rapporte six observations et expose à ce propos une théorie pathogénique qui est actuellement très en faveur en Allemagne.

« Des résultats thérapeutiques, dit-il, nous devons retenir ce fait important que l'interruption de la grossesse arrête immédiatement les vomissements. »

Cela conduit à penser que la cause de la maladie réside dans l'œuf lui-même. Comme les produits d'excrétion du fœtus ne peuvent constituer la cause des accidents (apparition des vomissements dans les premières semaines, dans les premiers jours même de la grossesse), il reste à incriminer les autres parties de l'œuf : membranes et placenta, (périphérie de l'œuf).

K. Ruge, R. Meyër, Gottschalk et Veil, Potens ont constaté avec une grande régularité, dans le sang de la mère des cellules de la périphérie de l'œuf et provenant surtout du revêtement épithélial des villosités (syncytium).

Dans sept examens pratiqués par lui, *Potens* a rencontré ces éléments d'une façon constante dans le sang maternel, soit dans les premiers soit dans les derniers mois de la grossesse.

La formation de l'œuf dans l'utérus explique aussi l'apparition précoce des vomissements dans les premiers jours de la grossesse. Au début, en effet, l'œuf est recouvert sur toute sa périphérie de nombreuses villosités revêtues d'épithélium. Les villosités étant battues par le sang maternel des vaisseaux utérins largement perméables, leur revêtement épithélial pourra être ainsi détruit.

Il n'y a donc rien de surprenant à ce que, dans certaines conditions le syncytium et même tous les autres éléments des villosités passent dans la circulation.

La grossesse continuant son évolution, le placenta se forme peu à peu. Alors sur la plus grande partie de la surface de l'œuf les bouquets de villosités disparaissent et leurs débris épithéliaux peuvent facilement gagner la circulation: En fait, nous voyons dans un grand nombre de cas des vomissements simples devenir incoercibles et revêtir des formes graves du troisième au cinquième mois. Quand le placenta a achevé sa formation, aucune villosité n'est plus détruite, aussi à ce moment chez la plupart des parturientes les vomissements s'arrêtent d'eux-mêmes pour ainsi dire physiologiquement.

L'action thérapeutique des injections salines jointe au fait de l'arrêt des vomissements par l'interruption artificielle de la grossesse ont conduit l'auteur à la théorie qu'il exposé sur la nature des vomissements incoercibles. Ceux-ci sont donc, d'après lui la conséquence d'une intoxication sanguine chez les parturientes, intoxication très vraisemblablement d'origine syncytiale.

Si maintenant nous jetons un regard d'ensemble sur toute les faits que nous avons étudiés nous voyons que les vomissements incoercibles de la grossesse peuvent apparaître dans les circonstances suivantes:

Si dans un certain nombre de cas, restreint à la vérité, et dont nous ne possédons pas d'observation personnelle, ils semblent avoir pour point de départ une altération de l'utérus et notamment des anomalies de position: ante ou rétro-flexion (guérison à la suite de réduction) une modification anormale du col

utérin, hyperesthésie, rigidité, etc. guérison à la suite de la dilatation).

Il faut reconnaître que ces facteurs interviennent surtout par action réflexe sur un système nerveux hyperexcitable. Et à ce titre, ces faits ressortissent au groupe important de cas qui relèvent d'un facteur étiologique commun : l'hystérie. Le rôle primordial de celle-ci est bien noté dans nombre d'observations et confirmé par les résultats thérapeutiques.

D'autre part, il existe un grand nombre de cas où les vomissements incoercibles constituent une manifestation précoce de l'auto-intoxication gravidique. Ce qui domine alors le tableau clinique, ce sont les phénomènes d'ordre toxique.

Ceux-ci ne sont que l'expression de l'insuffisance hépatique et rénale. Dans certains cas, ils sont sous la dépendance de lésions anciennes de ces émonctoires qui les rendent rapidement impropres à leur rôle au moment même où leur tâche est accrue par la gravidité.

Souvent l'auto-intoxication, d'origine intestinale, joue un rôle très important et peut-être capital. Enfin, dans certains cas, il semble que l'intoxication prend son origine dans l'œuf lui-même qui se comporte comme une véritable tumeur maligne, ainsi que le prouve la cessation des accidents à la suite de l'avortement spontané ou provoqué.

II^e PARTIE. THÉRAPEUTIQUE

CHAPITRE I^{er}. — TRAITEMENT MÉDICAL

L'histoire de l'évolution des doctrines pathogéniques permet de comprendre les variations de la thérapeutique.

Les résultats obtenus par les traitements les plus différents s'expliquent parce qu'en réalité ils ne s'adressaient pas à des faits du même ordre, et c'est encore ce qui explique les échecs thérapeutiques dans certains cas en dépit d'un traitement qui réussit bien dans d'autres circonstances : de là les vicissitudes qu'ont subies certaines méthodes tour à tour vantées et critiquées.

Le traitement médical doit toujours être mis en œuvre.

L'hygiène concerne avant tout le régime alimentaire qui constitue toujours une grosse difficulté. Ces malades vomissent incessamment et maigrissent : il faut soutenir leur état général ; au début du traitement, il est préférable de mettre l'estomac au repos pendant quelques jours plutôt que d'essayer de lui imposer un travail impossible. On se contente

donc de faire avaler à la malade quelques morceaux de glace, un peu de champagne frappé, une petite quantité d'eau de Vichy ou de Vals. On institue en même temps le traitement nervin ou antitoxique. Au bout de quelques jours, il devient souvent possible de faire absorber et garder du lait froid en petite quantité, un peu de bouillon. La tolérance s'établit peu à peu.

Il est un fait d'observation très remarquable et qui existe fréquemment chez les hystériques.

C'est une tolérance toute spéciale pour certains aliments de digestion difficile, c'est-à-dire que les caprices alimentaires chez certaines malades devront être satisfaits. La viande de porc, la charcuterie la plus indigeste seront acceptées avec plaisir et même supportées alors que tout autre aliment est rejeté. Cela montre le rôle que joue le système nerveux dans ces cas où le chimisme stomacal est peu ou pas modifié.

Un point spécial concerne les lavements alimentaires auxquels on est souvent obligé d'avoir recours surtout dans les cas d'intoxication grave. Il est inutile de recourir à des lavements très concentrés et répétés fréquemment : car souvent, dans ces circonstances, ils ne sont pas absorbés. La muqueuse intestinale se refuse à un travail d'absorption exagéré et l'on voit alors ce que nous avons constaté dans l'observation IX, le contenu des lavements être expulsé au bout de quelques heures tel qu'il avait été administré. Dans le cas auquel nous faisons allusion,

nous vîmes quelque temps avant la mort une véritable selle alimentaire constituée par une grande quantité de liquide jaunâtre représentant la substance de plusieurs lavements alimentaires qui avaient été tolérés, mais non absorbés.

Nous avons été frappé en observant l'évacuation retardée de ces lavements alimentaires, de leur extrême fétidité, liée sans doute à la déchéance des antitoxines de l'intestin.

Quand la tolérance est rétablie, on peut revenir peu à peu aux aliments liquides, puis solides, et le régime alimentaire normal est repris peu à peu.

Le *traitement médicamenteux* est d'une variété qui décele son insuffisance.

Les médicaments les plus divers ont été essayés. On s'est adressé à des substances pouvant agir sur les différentes fonctions de l'estomac.

Comme dans la thérapeutique des vomissements en général, on a utilisé la potion de Rivière et les boissons gazeuses, — l'eau oxygénée (Gallois et Bonnel). *Monin* (de Lyon), *Ælschlager* se sont loués de l'emploi du bicarbonate de soude. Ce dernier auteur l'emploie, associé à la noix vomique, de la façon suivante :

Teinture de noix vomique	3 gr.
Bicarbonate de soude.	8 gr.
Sirop de cannelle.	30 gr.
Eau distillée,	90 gr.

A prendre une cuillerée à bouche toutes les deux ou trois heures.

Autonechewitch a obtenu de bons résultats par l'administration des mélanges salins à haute dose ; en particulier le mélange salin de Botkine, composé de phosphate de chaux, sel de Glauber, bromures.

Les auteurs allemands Brähli, Frommel, Rech (de Cologne), vantent les bons effets de l'orexine basique à la dose de 0 gr. 30 centigr. trois fois par jour.

Les calmants agissant sur l'hyperesthésie gastrique ont été employés : eau chloroformée, opiacés, menthol, cocaïne.

On a eu recours aux médicaments exerçant un effet sédatif sur le système nerveux : hydrate de chlorale, bromure de potassium, oxalate et valériate de cerium. — *Tibone* (de Turin) emploie les injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne pratiquées à la région épigastrique à la dose de 0 gr. 01 centigramme, deux fois par jour, quelques instants avant le repas.

Il faut mentionner encore les révulsifs locaux en application sur le creux épigastrique ; pointes de feu vésicatoire, glace, ou sur la colonne vertébrale (sacs de Chaupmann, pulvérisations d'éther ou de chlorure de méthyle (Lefour).

Tous ces agents peuvent rendre des services dans la thérapeutique des vomissements gravidiques simples, mais leurs effets sont très inconstants dans les vomissements incoercibles.

Le lavage de l'estomac a donné souvent de meilleurs résultats : il faut le considérer comme un adjuvant utile dans certains cas.

D'autres auteurs ont eu recours à la *thérapeutique par les agents physiques*.

Geoffroy s'est fait le défenseur du *massage*.

Ayant observé souvent une contracture localisée au pylore et aux différentes parties du duodenum, mais surtout au niveau de l'angle ilio-pelvien du colon, phénomène lié à l'hypéresthésie réflexe du canal intestinal, l'auteur obtint la cessation des vomissements par des séances répétées de massage abdominal.

Le traitement par *l'électricité* a été préconisé par *Gautier et Larat*. On emploie les courants continus : on place l'électrode positive recouverte d'amadou entre les insertions claviculaires du sterno-mastoïdée et l'électrode négative au niveau de l'ombilic. Chaque séance dure 1/4 d'heure à 1/2 heure. Il est nécessaire d'ouvrir et de fermer le courant avec précaution pour éviter toute secousse.

Larat rapporte une observation où dès la première séance, la malade put garder un demi-verre de lait : la guérison fut obtenue en huit jours.

Différents auteurs ont eu recours à ce procédé.

M. Champrier de Ribes l'appliqua dans trois cas.

MM. Bar et Bienfait relatent un cas où la guérison fut obtenue par la galvanisation du pneumogastrique.

M. le professeur Budin employa les courants continus dans un cas grave, sans succès.

C'est donc là encore une méthode incertaine, mais qui peut être essayée.

La *suggestion* a donné de bons résultats dans certains cas, chez des hystériques.

M. Terrien rapporte un cas où l'état général commandait l'avortement. On tenta la suggestion en persuadant à la malade qu'elle était débarrassée de sa grossesse.

Aussitôt, elle put garder une tasse de bouillon.

Le lendemain, elle en absorba un litre, et la guérison fut obtenue en dix jours.

Dans un cas, M. le docteur Dubrisay parvint à faire ingérer une bouteille d'eau de Sedlitz à une malade en lui persuadant qu'on lui offrait du vin de Champagne de qualité inférieure.

C'est dans cet ordre de faits qu'il faut ranger l'influence des changements de résidence, des émotions violentes etc., à la suite desquels on observe chez certaines malades la cessation des accidents. Ces faits montrent bien que tous les cas ne relèvent pas de l'auto-intoxication grave.

Une dernière catégorie d'agents thérapeutiques sont ceux qui s'adressent à l'état général, qui nécessitent toujours une attention spéciale.

Le cacodylate de soude a été utilisé avec avantage. M. A. Gauthier rapporte des résultats très satisfaisants dus à la médication cacodylique.

On a employé aussi les inhalations d'oxygène, le sérum artificiel en injections sous-cutanées.

D'après ce que nous avons observé dans le service de notre maître, M. le docteur Bonnaire, les injections sous-cutanées de sérum à haute dose sont très

mal supportées par les malades, ce qui les rend très rapidement impraticables.

Nous nous demandons avec notre maître si cette intolérance douloureuse n'est pas en rapport avec un début de lésions de polynévrite toxique.

Dès que la période initiale a été franchie et que l'amélioration s'accroît, tous les agents reconstituants trouvent ici leur indication.

Nous étudierons maintenant les méthodes qui sont nées des conceptions pathogéniques modernes.

La théorie de l'auto-intoxication d'origine intestinale entraîne, comme corollaire, une thérapeutique correspondante : c'est la désinfection de l'intestin. Et « le meilleur moyen de la réaliser, sera aussi le meilleur à opposer aux vomissements incoercibles. » (Dirmoser).

Cette théorie met en vedette un mode de traitement déjà employé empiriquement et érige jadis en méthode thérapeutique par *Forgues* (d'Etampes).

Voici sa technique :

Traitement préparatoire : Pendant deux ou trois jours, tisane d'orge miellée, deux litres ; dans chacun d'eux on ajoute six grammes de sulfate de potasse. Soir et matin, lavement avec une forte décoction de mercuriale.

Traitement proprement dit : Superpurgation au moyen de plusieurs bouteilles d'eau de Sedlitz. On y ajoute 0 gr. 10 centigr. de tartre stibié par litre dans les 24 heures.

Ce mode de traitement, en principe, excellent, a pu donner des résultats encourageants, mais, à dire vrai, la mise en application nous en semble bien ardue.

On comprend que des malades qui souffrent de vomissements opiniâtres et d'un état nauséux permanent, se prêtent difficilement à l'ingestion de deux litres d'orge miellée par jour. Néanmoins, ce mode de traitement, en y introduisant quelques modifications qui y ont été apportées depuis, constitue une méthode thérapeutique de premier ordre dans un grand nombre de cas.

Cazeaux administrait d'abord un vomitif s'il notait chez ses malades l'état saburral de la langue, puis le purgatif suivant :

Scammonée, 0 gr. 50

Jalap, 1 gr. dans un cachet.

S'il était vomi, on en donnait un nouveau, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'un d'eux soit gardé. L'effet purgatif obtenu donnait encore de bons résultats.

Loviot a préconisé le lavement huileux, composé de 500 grammes d'huile d'olives pure, chauffée au bain-marie : on se sert d'une canule souple en caoutchouc rouge, avec deux ouvertures latérales, sans orifice terminal.

La malade est installée la tête basse, le siège élevé. La canule est introduite profondément dans l'intestin. L'huile pénètre lentement. La malade séjourne ensuite trois ou quatre heures au lit. Durant ce temps, elle s'incline successivement de divers côtés pour

faciliter la circulation de l'huile dans l'intestin. Ensuite on administre un grand lavement émollien pour entraîner le contenu intestinal. L'huile désagrège les matières fécales durcies qui sont ensuite entraînées par le lavement.

L'opération est répétée plusieurs fois, et on obtient ainsi l'évacuation complète de l'intestin.

On continue ces lavements jusqu'à libération complète et disparition de toute odeur.

Il y a intérêt à les répéter jusqu'à ce qu'on ait obtenu ce résultat. En effet, les matières désagrégées par l'huile sont plus nocives, en ce que leur déliquescence favorise les phénomènes de résorption intestinale. Quelques séances de massage du gros intestin constituent un adjuvant utile à cette méthode.

Nous avons réuni un grand nombre d'observations qui montrent bien la valeur thérapeutique des procédés qui visent l'évacuation et la désinfection intestinales.

Depuis plusieurs années notre maître, M. le docteur Bonnaire, s'est rattaché à la conception thérapeutique de Forgues, mais en la simplifiant, c'est-à-dire en en rendant cliniquement applicable, la mise en pratique.

Il nettoie le tube digestif de haut en bas et de bas en haut, réalisant la double chasse évacuatrice par l'action combinée de la superpurgation et des lavages de l'intestin réalisés à l'aide des grandes enteroclyses tièdes.

La malade absorbe d'abord une certaine quantité

d'eau de Sedlitz à doses fractionnées. Elle en vomit une partie. On renouvelle l'ingestion d'eau de Sedlitz plusieurs fois dans les 24 heures jusqu'à concurrence de plusieurs bouteilles de 600 grammes, administrées dans les deux ou trois premiers jours.

La première ou les premières sont d'habitude rapidement vomies ; toutefois, par la persévérance et les répétitions, on arrive à faire passer dans le canal intestinal une quantité d'eau purgative suffisante pour entraîner l'évacuation.

Simultanément on pratique plusieurs fois par jour de grands entéroclyses tièdes d'un litre chacune, administrées à la malade placée en position déclive le siège élevé.

On peut additionner ces entéroclyses d'une certaine quantité d'eau oxygénée. En neutralisant, au moment de l'emploi, cette dernière, par quantités égales d'eau de chaux, M. Bonnaire a pu, à diverses reprises, par l'addition de $\frac{1}{4}$ d'eau oxygénée à 10 volumes, obtenir une désodoration complète des égesta de lavage intestinal.

Sous l'influence combinée de la superpurgation et des grands lavages de l'intestin, on obtient généralement vers le 2^e-3^e jour une véritable débâcle de matières fécales d'odeur putride en quantité parfois considérable. Les jours suivants, sous l'action du traitement (entéroclyses données régulièrement et eau de sedlitz de temps en temps) les matières sont encore rendues en certaine quantité, mais la fétidité diminue et peu à peu leur odeur disparaît.

Bientôt l'intestin est complètement évacué et désinfecté ; dès ce moment les accidents vont en regressant.

Les vomissements diminuent d'abord : une alimentation liquide devient possible : lait, bouillon, thé, etc. Bientôt l'alimentation peut être augmentée ; en même temps les vomissements disparaissent. Les urines deviennent plus abondantes et plus riches en matières extractives. L'état général s'améliore.

Le ptyalisme persiste le plus souvent quelques jours encore après la cessation des vomissements, puis disparaît, à son tour, et tout rentre dans la norme.

Plusieurs de nos observations rapportent des faits de cet ordre et concernent, en général, des malades névropathes ou hystériques et qui sont, en outre, atteintes depuis longtemps de constipation chronique invétérée.

Ces cas sont traités avec succès par la médication évacuatrice ; ils fournissent un sérieux appoint à la théorie de l'auto-intoxication d'origine intestinale.

Condamin de Lyon considérant les vomissements incoercibles de la grossesse comme la conséquence de l'auto-intoxication gravidique, estime que le meilleur moyen d'élimination des toxines est le lavage du sang au moyen des injections rectales de serum artificiel.

Il preconise le traitement suivant :

1^o Repos absolu de l'estomac, suppression complète de tout aliment liquide ou solide pendant 8 à 10 jours.

2° InJECTION quotidienne par voie rectale de préférence de 3-4 litres de serum artificiel. En cas d'intolérance, ajouter aux lavements quelques gouttes de laudanum, ou recourir à la voie sous-cutanée.

3° Au bout de 10-12 jours, permettre l'ingestion de quelques gorgées de liquide et revenir insensiblement à l'alimentation ordinaire en continuant quelques jours encore le lavage du sang.

Dans 8 cas identiques, cette méthode a donné constamment à l'auteur d'excellents résultats.

Castelli (de Washington), partant des mêmes considérations, préconise également les injections rectales de serum artificiel. Il a recours aux lavements suivants :

Na Cl.....	5 gr.
Sulfate de soude.....	10 gr.
Veratrine.....	0 gr, 001 milligr.
Eau.....	1000 gr.

Quand les douleurs épigastiques se sont apaisées, l'auteur s'attache à lutter contre l'anémie cérébrale qui intervient aussi d'après lui dans la genèse des vomissements.

Il emploie le décubitus déclive de la malade, la partie supérieure du corps étant plus basse, et maintient en permanence sur la tête des compresses chaudes qu'on renouvelle toutes les 20 minutes.

Behm (de Berlin), envisageant les cas graves de vomissements incoercibles dus à l'auto-intoxication gravidique, préconise le traitement antitoxique réalisé par les injections rectales à haute dose de serum

artificiel. Le traitement, d'après lui, doit être le suivant :

Repos au lit. Lait glacé administré par cuillerées à bouche. S'il n'est pas toléré, cessation de toute alimentation par la voie buccale.

Le matin, on administre d'abord à la malade un lavement évacuateur : ensuite, dans le courant de la journée, trois à cinq injections rectales de sérum, données au besoin à doses réfractées. Dans le cas d'intolérance de l'intestin, on ajoutera par litre XV à XX gouttes de laudanum.

Dans les cas graves, où toute alimentation buccale est rejetée, on peut ajouter un peu de lait aux injections. Le liquide ne doit pas être trop concentré parce que, dans ce cas l'absorption, ne se fait pas. Quand les vomissements s'arrêtent, on revient d'abord aux aliments liquides, puis solides.

Si l'intestin est trop intolérant pour les injections, on emploie la voie sous-cutanée et au besoin on pratique des lavages de l'estomac avec une solution de bicarbonate de soude.

On peut ainsi arriver à éviter le plus souvent l'interruption de la grossesse. Durant vingt-deux ans de pratique, l'auteur n'a jamais provoqué l'avortement pour cette affection. Pourtant, si cette thérapeutique échoue, on provoquera l'avortement.

Behm décrit ensuite la technique des injections rectales.

Au début, on ne doit pas administrer une injection trop considérable. Aussi je conseille-t-il,

si l'on ne peut compter sur un personnel habitué, de donner soi-même les premières entéroclyses.

On se sert d'une longue canule souple qui ne peut blesser et que l'on introduit dans l'intestin pendant que la malade est dans le décubitus latéral. L'injection se donne à la température de 28-30° centigrades. Le bock est placé à un mètre au-dessus de la malade.

Si l'intestin se contracte, on en est averti par le reflux du liquide dans le tube qui unit la canule à l'irrigateur.

On baisse celui-ci. Les mouvements péristaltiques s'arrêtent alors facilement et l'on peut de nouveau élever l'irrigateur. Ensuite, par des alternatives d'abaissement et d'élévation, on finit par faire passer dans l'intestin un litre entier de sérum. S'il arrive qu'au moment où l'on baisse l'irrigateur une partie de l'injection est rejetée, on la remplace par une nouvelle quantité de liquide salin.

Pour calmer les contractions de l'intestin, il n'est pas indifférent d'arrêter le courant en pressant le tube : on voit en effet, dans ce cas, le liquide s'écouler le long du tube rectal, tandis que l'écoulement s'arrête immédiatement si l'on baisse l'irrigateur.

Pour la première entéroclyse destinée à vider complètement l'ampoule rectale et le gros intestin, une heure est nécessaire.

Ensuite, après un repos accordé à l'intestin, environ une heure plus tard, une première injection à demeure est donnée bien plus facilement. Quelque-

fois il suffit alors de quelques minutes pour qu'elle ait passé dans l'intestin. Pour les malades très susceptibles, on donne seulement un demi à un tiers de litre à la fois et cette quantité est répétée plus souvent à intervalles d'environ deux heures.

L'auteur arrive ainsi à faire prendre et garder quatre à six litres d'injection par jour. C'est souvent très fatigant et très long et demande de la patience de la part des malades.

« Mais, dit-il, si le traitement est conduit de la sorte, le succès viendra couronner l'œuvre. »

Behm cite ensuite les résultats qu'il a obtenus.

Deux observations concernent des malades dans un état grave.

Dans la première, il s'agissait d'une femme de 19 ans, enceinte de 3 mois $1/2$, hystérique indemne d'affection gynécologique qui, en un mois, avait perdu 25 livres de son poids et vomissait jour et nuit jusqu'à 20 fois dans les 24 heures.

Le pouls battait 100-120 à la minute.

Les vomissements cessèrent presque complètement après les premières injections. Le pouls tomba au-dessous de 100. Les jours suivants, la malade pouvait conserver les liquides et quelques jours après des aliments solides.

Elle conservait encore un peu de ptyalisme qui disparut après 14 jours.

Ce qui fut intéressant, c'est qu'après la cessation des injections, les accidents reparurent. Le traitement fut repris et les vomissements disparurent

bientôt, ce qui prouve que ces injections avaient réellement un effet thérapeutique et n'agissaient pas par simple suggestion.

La malade était indemne de toute manifestation hystérique et tous les autres moyens thérapeutiques avaient été essayés sans succès.

A la fin du 5^e mois de grossesse, on put abandonner les injections salines sans récurrence de la maladie. La grossesse évolua à terme, mais 10 minutes après la délivrance, la malade eut un accès d'éclampsie.

La 2^e observation concerne une primipare de 23 ans parvenue à la fin de son 3^e mois de grossesse. La malade n'était pas encore affaiblie comme la précédente. Cependant, dans les 3 dernières semaines, elle avait perdu 10 livres de son poids et son pouls se maintenait au delà de 100.

L'appareil génital était absolument normal ainsi que les autres organes.

Il existait une intolérance complète pour toute alimentation solide ou liquide.

Pour exclure toute idée que les injections pourraient agir par suggestion, celle-ci fut essayée en administrant à la malade 0 gr. 30 centigr. d'oréxine basique 3 fois par jour, qui avait déjà rendu des services à l'auteur dans des cas antérieurs et en assurant à la malade que ce moyen la guérirait. On ajouta à ce traitement le repos absolu au lit et l'ingestion de lait glacé par cuillerées à bouche : des cataplasmes chauds étaient maintenus sur l'abdomen. Les vomis-

sements ne s'arrêtèrent pas et se répétèrent jusqu'à 20 fois par jour.

2 jours après, *Behm* mit en œuvre les entéroclyses rectales tièdes de sérum physiologique. Le résultat fut très net : les vomissements ne s'arrêtèrent pas immédiatement mais dès le premier jour ils ne se produisaient que 3 fois au lieu de 10 à 12 fois et après deux jours, on ne constatait que des vomissements piteux le matin.

Le 30 septembre 1902, soit 8 jours après le début du traitement et 6 jours après le début des injections salines, la malade pouvait de nouveau s'alimenter et 8 jours plus tard se trouvait bien.

En outre, depuis le mois de juin 1902 *Behm* eut l'occasion de pratiquer ce traitement dans 4 cas plus bénins de vomissements incoercibles apparus du 2^e au 4^e mois de la grossesse.

Dans ces cas, on ne constatait ni affection des organes génitaux, ni aucune manifestation hystérique : 3 fois il s'agissait de primipares, une fois de multipare, ce qui ajoute aux cas graves rapportés ci-dessus donne un ensemble de 5 primipares et d'une multipare; dans 2 cas peu graves les nausées et les vomissements cédèrent en peu de temps aux injections salines. Dans un seul cas existait un ulcère rond de l'estomac qui dura plus longtemps et nécessita un traitement approprié.

DEUXIÈME CHAPITRE

Traitement obstétrical

La thérapeutique obstétricale s'adresse à deux ordres de faits :

1° Ceux dans lesquels une altération quelconque de l'utérus gravide provoque, par excitation réflexe du système nerveux, des vomissements incoercibles.

2° Ceux dans lesquels l'échec des méthodes mises en œuvre conduit à une thérapeutique radicale : l'interruption de la grossesse.

Le premier groupe concerne les faits qui guérissent par une thérapeutique locale.

C'est ainsi que la réduction de déviations utérines a donné les meilleurs résultats dans certaines circonstances.

Audebert de Bordeaux cite 2 cas de rétroflexion et de rétrodéviations dont la correction mit fin aux vomissements incoercibles.

La cautérisation d'une ulcération du col a pu également donner de bons résultats en faisant disparaître la cause qui éveille les accidents réflexes.

C'est de la même manière qu'agissent les topiques médicamenteux.

De la Torre a observé trois cas de vomissements incoercibles qui ont cédé à l'application de tampons d'ichtyol sur le col utérin.

Swonnikow rapporte des succès dus à l'application sur l'orifice du col de bouchons d'ouate imprégnés d'une solution de cocaïne à 20‰ et laissés à demeure pendant quelques minutes. Ces applications peuvent être répétées en cas de besoin.

D'autres ont employé les topiques belladonnés.

Une autre méthode donne dans certains cas d'excellents résultats : c'est la *dilatation du col*.

En 1861, *Paul Dubois* avait signalé la cessation des vomissements à la suite de l'introduction d'une bougie dans l'utérus. Dans le cas qu'il rapporta, il y eut expulsion de l'œuf entier au bout de 6 jours.

La dilatation peut amener la cessation des accidents et permettre à la grossesse de continuer son évolution.

En 1875, *Copeman*, (de Norwich), voulant dans un cas grave provoquer l'avortement, dilata le col-utérin avec le doigt. Les vomissements cessèrent dans le moment même où il allait chercher ses instruments pour pratiquer l'avortement ; la grossesse continua.

Depuis lors la dilatation a été employée fréquemment et a donné des succès.

Liégeois considérant les vomissements incoercibles comme dus à une réaction douloureuse de la matrice hyperesthésiée à la distension causée par la grossesse utilise dans ces cas la dilatation du canal cervical pratiquée avec le doigt introduit dans l'orifice interne

qu'on force légèrement pendant 2 minutes. La dilatation est répétée tous les deux jours.

Kehrer (d'Heidelberg) admet que dans les cas où le col est étroit et rigide, il peut par action réflexe produire des vomissements graves. Il pratique la dilatation par l'introduction de gaze iodoformée dans la cavité du col : c'est le *tampounement intra-cervical*.

Dorff rapporte l'observation d'une jeune hystérique chez laquelle la dilatation du col avec une tige de laminaire fut suivie d'une amélioration qui alla en s'accroissant jusqu'à l'accouchement qui eut lieu à terme.

Il nous reste maintenant à parler du traitement obstétrical proprement dit.

Depuis longtemps les accoucheurs avaient remarqué que la mort du produit de conception ou l'avortement amenait conséquemment la cessation des vomissements incoercibles.

Ce fait d'observation fut érigé en méthode thérapeutique obstétricale.

L'avortement provoqué est obtenu à l'aide des ballons de Tarnier ou de Champetier.

Si les circonstances pressent, on pratique la dilatation rapide par les bougies d'Hégar et ensuite le curettage.

On peut aussi employer, ainsi que le conseille *Puech*, le laveur dilatateur de Reverdin pour les avortements des 3 premiers mois. Cet instrument donne une dilatation suffisante pour extraire l'œuf en 10 à 15 minutes. Il a, en outre, l'avantage de

réduire l'hémorragie au minimum, ce qui a son importance dans les cas graves. On extrait ensuite l'œuf à la curette et on termine par un écouvillonnage soigné.

M. Guéniot relate 32 faits où cette méthode fut mise en œuvre avec 21 guérisons et 11 morts.

M. Clintock en rapporte 36 avec 27 guérisons et 9 morts ; sur ces derniers 5 concernent des cas où l'intervention fut trop tardive.

L'avortement provoqué constitue une précieuse ressource dans les cas graves, mais il ne faut pas y recourir à la légère.

Placé entre ces deux alternatives, ou bien sacrifier trop prématurément les intérêts de l'enfant, ou bien s'exposer, en les défendant d'une façon trop opiniâtre, à exposer sérieusement la vie de la mère, on comprend que la conduite de l'accoucheur soit des plus délicates, et la grosse difficulté de l'avortement provoqué est de le décider à propos. C'est pourquoi l'on a cherché à préciser ses indications.

Un premier point établi par P. Dubois est que l'avortement doit être pratiqué avant l'apparition de la 3^e période, c'est-à-dire celle des accidents cérébraux. A cette période, la mort peut être considérée comme fatale et l'avortement provoqué peut même, en achevant d'épuiser la malade, précipiter le dénouement.

D'autre part, si l'avortement doit, en conséquence, être pratiqué à la 2^e période, dite fébrile de Paul Dubois, caractérisée surtout par l'accélération du

pouls, il ne faut pas oublier que beaucoup de guérisons sont obtenues à cette période par des moyens qui sauvegardent l'évolution de la grossesse.

Il faudra donc ne recourir à l'avortement qu'après l'échec bien constaté des autres procédés thérapeutiques auxquels il faudra savoir renoncer à temps, c'est-à-dire à la fin de la 2^e période dans laquelle le tableau clinique se présente de la façon suivante :

Amaigrissement considérable et faiblesse très accentuée de la malade. Altération profonde des traits. Vomissements incessants (il est important de noter que ceux-ci s'amendent fréquemment au début de la troisième période). Souvent état syncopal de la malade. Accélération très marquée du pouls qui devient petit, dépressible et souvent inégal.

On a cherché à donner des indications plus précises encore.

M. Pinard interrompt la grossesse quand le pouls dépasse 100 à la minute.

Plusieurs de nos observations montrent que la guérison fut obtenue dans des cas où le pouls était plus fréquent. Il n'en est pas moins vrai que l'accoucheur doit surveiller attentivement la malade en n'oubliant pas qu'au delà de 100, le danger est sérieux.

La valeur du pouls reste donc capitale comme indication de l'avortement provoqué.

L'état des urines doit entrer également en ligne de compte : leur quantité peut tomber au-dessous de 400 gr. ; elles peuvent renfermer de l'albumine, de l'urobiline en quantité notable ; tous ces caractères

montrent une intoxication profonde de l'organisme.

Tuskai a voulu tirer une indication thérapeutique de l'état du sang. Il a constaté au début : une diminution du nombre des hématies, avec alcalescence augmentée. A la fin de la 2^e période, il signale l'apparition de nombreux gros lymphocytes mononucléés.

A la fin de la 2^e période, on peut voir apparaître un symptôme des plus importants : des névrites périphériques caractérisées surtout par des douleurs très vives dans les membres et relevant également de l'intoxication générale.

M. Charpentier a insisté sur un facteur très important ; c'est l'évaluation de la déperdition du poids ; il y a lieu, d'après lui, de recourir à l'avortement lorsque l'on a noté, pendant une semaine, une courbe de déperdition atteignant 300 grammes par jour.

On a également conseillé l'avortement quand les malades ont perdu le tiers de leur poids primitif.

Un autre phénomène très important qui signale un état grave consiste dans la dissociation du pouls et de la température. On voit, dans ces cas, la température descendre parfois au-dessous de 36° et le pouls s'accélérer en même temps pour atteindre 140-160 à la minute.

Les hématomésos apparaissent souvent aussi à cette période.

La réunion plus ou moins complète de ces symptômes, constitue une indication de grande valeur et commande l'évacuation de l'utérus par l'avortement provoqué.

En résumé, tant que l'état général demeure satisfaisant, le pouls normal, on mettra en œuvre les ressources du traitement médical :

Agents médicamenteux, agents physiques et en particulier l'électricité.

Thérapeutique antitoxique réalisée par la désinfection intestinale et les grandes entéroclyses de sérum artificiel.

Le traitement local sera appliqué s'il y a lieu.

Si les accidents ne s'amendent pas, on essaiera d'agir par la dilatation du col utérin.

Enfin, si tous ces moyens se montrent insuffisants, si l'amaigrissement s'accroît, si l'état général devient très mauvais, le pouls notablement accéléré, on pratiquera l'avortement, avant que la maladie ne soit entrée dans sa troisième période, dont le pronostic est généralement fatal.

OBSERVATION I

Mad. C..., première grossesse en 1900, avortement de 6 semaines.

Dernières règles. — 19 au 25 décembre.

Hist. — Depuis le 1^{er} février, vomissements incoercibles ayant entraîné un amaigrissement considérable.

Entre à Lariboisière le 4 mars 1901.

La malade n'est pas extrêmement émaciée.

L'examen des organes est négatif.

Réflexes nauséux atténués.

Langue légèrement saburrale, rouge sur les bords.

Haleine légèrement fétide.

Pas de gingivite.

L'examen des organes est négatif.

On constate une grossesse de 2 mois et demi environ.

Utérus fortement antéversé, légèrement antéfléchi.

La malade n'a pas eu de garde-robe depuis 10 jours.

A son arrivée une grande entéroclyse est donnée sans résultats.

Le lait et l'eau de Vichy sont vomis.

Poids : 37 k. 270 ; temp. normale ; pouls 110.

5 mars. — La malade est soumise à l'absorption d'eau de sedlitz (1000 gr.).

Elle n'a rendu, en 24 heures, qu'un demi-litre d'urines très foncées.

Nota. — Dans ces observations les chiffres donnés pour l'évaluation de la quantité des selles n'ont qu'une valeur relative et permettant de les comparer par une même quantité de lavement ou d'entéroclyse.

Elle n'a gardé qu'une petite quantité d'eau de sedlitz, le reste a été rendu.

Elle absorbe un peu de glace et d'eau de Vichy.

5 garde-robes assez fétides.

6 mars. — Temp. 36°8. Pouls 112. Poids 36 kg.

La malade n'a pas vomi depuis hier soir.

Urines = 400^{cc}

D = 1025

Couleur = Jaune rouge

Urée = Par 24^h = 10^{gr}24

Acide urique = Par 24^h = 0^{gr}158

Chlorure = Par 24^h = 0^{gr}48

Phosphate = Par 24^h = 0^{gr}88

Pas d'albumine.

Traces de sucre.

Le 7 mars, la malade ne vomit pas.

Pas de garde-robe.

Légère teinte subictérique.

Le 8 mars. — T. 36°7. p. 136. P. 35 kg.

Les vomissements reprennent.

Pas de garde-robes.

Le 9 mars. — T. 37°3. p. 96. P. 36 kg.

L'ictère *est très net* au niveau des conjonctives.

On donne deux lavements alimentaires rendus en partie.

A eu deux garde-robes pendant la nuit.

1000 grammes de sérum en deux fois.

Le 10 mars. — T. 37°2. p. 132. P. 37 kg.

Garde-robe abondante à la suite d'une entéroclyse.

Le lavement alimentaire est gardé.

La teinte ictérique est moins accentuée.

A 5 heures du soir, nouvelle garde-robe abondante.

A minuit, les vomissements se sont reproduits.

La malade est agitée et ne peut dormir la nuit.

Le 12. — T. 36°8. p. 140. P. 36 kgs.

L'amaigrissement s'accroît.

On obtient de nouvelles garde-robes abondantes à la suite d'entéroclyses.

La malade est soutenue par des lavements alimentaires et par des injections de sérum.

Mauvais état général.

Le 16. — T. 37°2. p. 108. P. 35 kg.

Dans les 24 heures elle absorbe un demi-litre de lait dont une partie est rendue.

3 pilules de cérium sont administrées.

La malade vomit toujours, mais peut cependant garder une petite quantité de bouillon et de lait.

Le 20 mars. — Les vomissements continuent; l'état général est précaire; insomnie, névralgies.

T. 37°2. p. 124. Le poids baisse à 33 kg.

Le 22 T. 37°. p. 132.

M. Bonnaire provoque l'avortement à l'aide d'un ballon Tarnier, à 10 heures du matin.

A minuit, la malade expulse un embryon de 40 gr.

A partir de ce moment, l'état de la malade s'améliore rapidement.

Le pytalisme cesse le lendemain de l'intervention.

Les vomissements s'arrêtent.

L'état général devient meilleur

Le poids augmente.

Le 27. — T. 37°2. p. 92.

Le 30. — P. 34 kg.

Urines du 30 mars :

V = 750^{cc}

D = 1017

C = Jaune clair

Urée,

Par 24^h 8 gr. 640

Chlorures,

Par 24^h 9 gr. 75

Acide urique 0 gr. 77

Phosphates,

Par 24^h 0 gr. 06 centigr.

Albumine, traces.

Glycose, néant.

Urobiline, proportions notables.

Indican, traces.

Pas de pigments biliaires.

Le dépôt abondant est constitué par urate d'ammoniaque,
Phosphate tricalcique et carbonate de chaux.

Quelques cylindres granuleux.

Le 4 Avril. — La malade en bon état quitte l'hôpital.

Poids 36 kg.

OBSERVATION II

Mad. L..., IV pare.

1^{re} grossesse difficile en 1892: vomissements qui se passent
à 3 mois.

2^e grossesse semblable en 1893: vomissements pendant
3 mois.

Entre à Lariboisière le 12 juin 1902. — *Hist.*: 15 jours
après les dernières règles, les vomissements apparaissent,
précédés par une salivation abondante.

Les vomissements ont continué ensuite et ont amené un
amaigrissement considérable au dire de la malade. Elle aurait
perdu $130 - 88 = 42$ livres.

Elle se plaint d'étouffements, de sensations pénibles à la
région épigastrique et d'insomnie.

A l'examen, on constate :

Diminution de la sensibilité.

Abolition du reflexe cornéen.

Diminution » pharyngien.

Champ visuel normal.

Sensation de boule pharyngée.

Les organes sont sains.

L'intérus, légèrement en antéflexion, présente une grosseur de 3 mois environ.

Urines : normales.

Pouls faible, 92. Poids 44 k. 500.

13 juin. — A absorbé :

Eau de Sedlitz 600 gr. ; eau de Vichy 300 gr. ; lait 300 grammes = 1200 grammes.

Les vomissements rendus pèsent 1200 gr.

14 juin. — La malade a pris :

1200 gr. d'eau de Sedlitz ; eau de Vichy 600 gr. ; lait 300 gr. ; une entéroclyse 500 gr. = 2600 gr.

Egesta :

Vomissements 1500 gr. ; garde-robe 310 gr. ; urines 200 gr. = 2010 gr.

Inhal. d'oxygène.

La malade a perdu 500 gr.

15 juin. — T. normale ; pouls 108.

La nuit a été calme.

Ingesta : Un peu de lait, 250 gr. ; de l'eau de Vichy et de la tisane. Le tout = 980 gr.

Vomissements 1020 gr. ; urines 275 gr.

La malade a eu 1000 gr. de sérum sous-cutané et des inhalations d'oxygène ; pulvérisations d'éther au creux épigastrique.

16 juin. — T. 37°8. Pouls 130.

Les vomissements ont persisté durant la journée d'hier ; ils sont abondants et très liquides.

La malade se sent très affaiblie.

Son sommeil est troublé de cauchemars. Elle ressent des bourdonnements d'oreilles très pénibles. Abattement profond. Les yeux s'excellent. Teinte subictérique des conjonctives.

Ingesta : Un peu d'eau de Vichy ; de la bière (800 gr.), du thé au rhum (1000 gr.) un peu de champagne. Sérum artih-

ciel 1000 gr. et un lavement de bicarbonate de soude de 500 gr. = 3460 gr.

Vomissements 1760 gr.; selles 100 gr.; urines 250 grammes = 2110 gr.

Boissons froides après pulvérisations d'éther au creux épigastrique.

La faiblesse est extrême.

Malgré une augmentation de poids de 1500 gr., M. Bonnaire décide de faire la dilatation du col par la méthode de Cope-man. L'utérus est légèrement antéfléchi. Le n° 8 des bougies d'Hégar passe à frottement. Le n° 12 arrache des cris à la malade. On arrête la dilatation au n° 18.

La malade a deux vomissements pendant la dilatation.

17 juin. — T. 37°8. Pouls 120.

Malgré l'intervention les vomissements ont persisté. Ils ont été aussi fréquents et aussi abondants que la veille. La malade n'a pas cessé de se plaindre toute la journée. La faiblesse augmente. La malade ressent des vertiges très pénibles. Son sommeil est agité. Au réveil elle se sent brisée. Son poids est stationnaire: 46 k. 400.

Elle a absorbé 3.175, dont 1000 gr. de sérum.

Vomissements 1340 gr.; selles 1200 gr.; urines 250 gr. = 2790 gr.

On applique sur la région lombaire des sacs de Chapman. Pour augmenter l'absorption aqueuse, on pulvérise dans la bouche de l'eau avec l'appareil de Richardson.

T. 36°8. Pouls 112.

18 juin. — L'état général semble d'améliorer.

La teinte ictérique est à peu près disparue.

La malade se sent moins faible.

Elle a mieux dormi cette nuit.

Analyse des urines :

Urée p. litre . . .	12 ^{gr} 81
Acide urique . . .	0 ^{gr} 52
Chlorures	0 ^{gr} 37
Phosphates	1 ^{gr} 25

Dépôt formé d'acide urique, urate de soude et phosphates.

Ingesta : 3370 gr.

Egesta : vomissements 550 gr. ; selles 1650 gr. ; urines
500 gr. = 2700 gr.

Les vomissements ont persisté avec la même intensité.

Bain tiède à 36° pendant 40'.

19 juin. — T. 37°2. Pouls 96.

Le poids a diminué de 400 gr.

L'état général est moins bon.

Les vomissements persistent nombreux et toujours très aqueux.

Epistaxis dans la soirée.

La malade est somnolente abattue.

Bain tiède à 36° pendant 40 minutes.

Ingesta : 3300 gr.

Egesta : vomissements 760 gr. ; selles 1230 gr. ; urines
500 gr. = 2490 gr.

Urines plus claires.

20 juin. — T. 37°. Pouls 96.

Les vomissements ont diminué.

La malade a gardé deux lavements nutritifs.

Elle absorbe moins de boissons.

L'état général est cependant un peu meilleur.

Le poids a augmenté de 500 gr.

On continue les pilules de cérium, les sacs de Chapman, les pulvérisations d'éther et d'eau dans la bouche.

Ingesta : 3000 gr.

Egesta : vomissements 200 gr. ; selles 1200 gr. ; urines
300 gr. = 1700 gr.

21 juin. — T. 36°7. Pouls 104.

La malade a diminué de 1 kilogr., mais elle se sent mieux. Elle a dormi.

Les vomissements ont été moindres; pour la première fois elle a pu garder un peu d'aliments.

Ingesta : 3000 gr.

Egesta : vomissements 300 gr.; selles 400 gr.; urines 200 gr. = 900 gr.

Pour éviter les vomissements au moment où la malade prend ses lavements, on essaye de lui donner V gouttes de laudanum sur un peu de glace, 15 minutes avant. Les vomissements continuent. On remplace le laudanum par VIII gouttes de cocaïne qui assurent la tolérance.

22 juin. — T. : 36-9. Pouls : 92. Poids stationnaire : 45 k. 250.

Les vomissements ont diminué.

La malade a pu garder deux assiettes de potage et deux lavements nutritifs.

La tisane, le lait, les grogs sont rejetés.

La malade a des sensations d'engourdissement dans les bras et les jambes.

Ingesta : 2,950 gr.

Egesta :

Vomissements, 230; selles, 1,060; urines, 500 = 1,790 gr.

23 juin. — T. : 36-8. Pouls : 96. Poids : 45 k.

La malade est très faible.

Les vomissements ont repris. La malade a vomi tout ce qu'elle a absorbé.

Etat continuel d'assoupissement.

Céphalée continue.

La malade a seulement gardé deux lavements nutritifs et absorbé 250 gr. de sérum artificiel sous-cutané.

Ingesta : 2,450 gr.

Egesta : Vomissements, 430; selles, 1,600; urines, 400 = 2,430 gr.

24 juin. — Vomissements très abondants.

Presque tout ce qui a été absorbé a été vomi.

Ingesta : 2,655 gr.

Vomissements, 410; selles, 1,340; urines, 200 (incomplètes

25 juin. — T. : 37. Pouls : 112.

Les vomissements continuent.

Faiblesse extrême.

Etat général précaire.

La parole est lente et difficile.

L'état mental semble devenir inquiétant.

Un peu de strabisme.

Ingesta : 3,150.

Egesta :

Vomissements, 450; selles, 1,590; urines, 100 (incomplètes

En raison de l'inutilité de tous les traitements mis en œuvre, M. Bonnaire décide de provoquer l'avortement en appliquant un ballon Tarnier.

26 juin. — T : 37°-6. Pouls : 116.

Très légères douleurs qui ont disparu dans la nuit.

Les vomissements continuent.

La malade a des étourdissements, des troubles de la vue.

Elle refuse ce qu'on lui offre.

Quatre cuillerées de potage sont rendues aussitôt.

A midi, M. Bonnaire enlève le ballon et introduit dans le segment intérieur un tampon de gaze imbibé de glycérine stérilisée.

Presque aussitôt la malade a des douleurs qui persistent dans la journée et la nuit suivante, et disparaissent le matin.

La malade a perdu un peu de liquide teinté de sang.

27 juin. — T. : 38-1. Pouls : 120.

Les vomissements persistent ; tout ce qui est pris est rejeté aussitôt.

Les douleurs ayant disparu, M. Bonnaire pratique l'avortement brusqué après dilatation avec des bougies d'Hégar. Il extrait le fœtus et le placenta avec sa pince mouchetée.

Tamponnement utérin en raison d'un peu d'hémorragie.

28 juin. — Pouls : 115. Poids : 43 kil.

La malade a vomé trois fois.

Elle a pu garder un peu d'eau de Vichy et de grog, 1 lavement nutritif et 800 gr. de sérum sous-cutané.

29 juin. — Journée meilleure.

Mais la malade, très faible, n'a absorbé qu'un demi-litre de lait et deux potages qu'elle a gardés.

30 juin. — T. : 37-2. Pouls : 100.

Les vomissements n'ont pas reparu.

La malade peut garder du lait et des grogs.

Faiblesse très grande.

1^{er} juillet. — T. : 36-6. Pouls : 96.

L'état général s'améliore. La malade peut manger de la viande.

Les jours suivants, les vomissements font une réapparition.

5 juillet. — T. : 36-8. Pouls : 96. Poids : 44 kil. 500.

L'état mental devient inquiétant.

Confusion mentale. Pleurnicheries. Hallucinations. La malade divague complètement. Elle ne reconnaît personne.

Les vomissements ont disparu de nouveau.

L'alimentation est supportée.

Le 7, même état, sans aucune amélioration.

T. : 37-4. Pouls, 100.

Le 9 juillet, l'état mental est le même.

La malade a du délire : elle pleure toute la journée, se croit persécutée.

Elle perd ses matières et ses urines.

Le 9, elle part emmenée par son mari.

OBSERVATION III

Louise D..., 20 ans. Primipare.

Antécédents. Dyspepsie. Fièvres paludéennes dès l'enfance.

Vomissements graves depuis un mois.

Céphalées, nausées, subictère depuis 8 jours.

Vomissements ont été traités par glace, boissons chaudes.

Potion de Rivière. Purgatifs.

Entre à Lariboisière le 26 décembre 1901.

Etat actuel. — Amaigrissement considérable depuis 3 semaines ; la peau est sèche.

Le ventre est creusé en bateau. Il existe de la douleur à la palpation dans les parties latérales de l'abdomen au niveau du gros intestin. Le foie n'est pas augmenté de volume.

Pas de réflexe pharyngé.

L'examen de l'utérus montre une grosseur de 2 mois.

Le col est situé très en arrière : il existe un peu de flexion de l'utérus et de rétroversion.

Urines peu abondantes, très colorées, pas d'albumine.

Densité 1023.

Matières fécales sont blanc-grisâtre.

T = 37° Poulx = 120, un peu irrégulier. P = 41 k. 500.

Traitement. — La malade est soumise à son entrée (25 décembre) au traitement de Forgues. Eau de sedlitz 1000 gr. + une entéroclyse avec du sérum artificiel 2000 gr.

Eau de Vichy 500 gr. ; Champagne 400 gr. = 3.900 gr.

Egesta : Vomissements, 1080 gr. Garde-robes, 2030 gr.

Urines, 600 = 3710 gr.

La malade a donc conservé 190 gr.

Elle absorbe quelques morceaux de glace, et de l'oxygène en inhalations.

28. — Le poids reste stationnaire.

L'ictère persiste. La malade est très fatiguée.

On renouvelle la purgation à l'eau de sedlitz.

Egesta : Vomissements, 1380. Garde-robes, 2050. Urines, 500 = 3.930 gr.

L'intolérance gastrique persiste. Un peu de kephir donné à la malade est rendu aussitôt.

Elle ne peut garder qu'un peu de champagne, d'eau de Vichy et de bouillon.

Entérocluse, 2000 gr. Eau de Vichy, 500 gr. Eau de sedlitz, 1000 gr. Champagne, 400 gr. Bouillon, 80 gr. = 3.980.

La malade est fatiguée. Elle a un peu dormi.

La dénutrition semble s'arrêter. Le poids s'élève à 42 kil.

29 décembre. — $T = 36^{\circ}9$. Pouls = 108. Poids = 42 k.

Ingesta : Eau de Vichy, 500 gr. Eau et vin, 1500 gr. Lavement salé, 2000. = 4000 gr.

Egesta : Vomissements, 1660 gr. Garde-robes, 2080 gr. Urines, 900 = 4.640 gr.

En outre : 5 pilules de 0,05 centigr. d'oxalate de cérium.

Inhalation, 2 ballons d'O.

La différence s'accuse en faveur de l'absorption.

La malade est moins fatiguée : elle a mieux dormi.

L'ictère a diminué au niveau des conjonctives.

30 décembre. — On continue la diète avec eau de Vichy, vin et lavements salés 2000 gr. En outre on administre 250 gr. de tropon, en lavement, le tout = 4150 gr.

Egesta : Vomissements, 1210. Garde-robes, 2000. Urines, 500 = 3.810 gr.

On continue les pilules d'oxalate de cérium et les inhalations d'oxygène.

La malade a pu absorber un potage qui a été conservé.

31 décembre. — La malade a moins bien dormi.

Elle se plaint de douleurs crurales.

La teinte ictérique des conjonctives et des téguments s'efface.

Même traitement ; Ingesta 3.700 gr.

Egesta : Garde-robes, 2010. Vomissements, 930. Urines, 1500. = 4.440 gr.

La fétilité des matières a diminué.

1^{er} janvier. — T. normale. Pouls = 80. Poids = 42 k. 500.

L'état général s'améliore.

L'ictère s'efface de plus en plus.

Nuit calme.

Le même traitement est continué.

On recommence : eau de sedlitz 600 gr. — Ingesta 4.480 gr.
Egesta Garde-robes, 2630. Vomissements, 330. Urines,
1000 = 3960 gr.

La purgation détermine 6 garde-robes abondantes et fétides.
P = 43 kilos.

Le 2 janvier. — La malade absorbe 3875 gr.

Vomissements : 400. Garde-robes, 2200. Urines, 1100. =
3.700 gr.

La malade a mangé un peu de potage et de poulet qu'elle a
gardés.

4 janvier. — La malade peut s'alimenter : prend une côte-
lette, du potage, du poulet.

L'état général est meilleur.

Le subictère a disparu.

Garde-robes, 2110. Vomissements, 620. Urines, 1250 =
3.980 gr.

5 janvier. — Dans la journée : la malade a eu une très vive
contrariété. Nuit très agitée.

Les phénomènes nerveux reprennent de l'acuité.

Sérum, 300 gr.

Vomissements, 1120. Garde-robes, 2190. Urines, 1500. = 4.810.

Le poids retombe à 42 k. 750.

A la suite d'une scène violente, la malade quitte le service.

OBSERVATION IV

Mad. L..., 30 ans, V pare.

Accouchements antérieurs spontanés, enfants vivants.

Entre à Lariboisière le 24 janvier 1902, vomissements depuis
2 mois environ ; amaigrissement considérable. Ictère des
téguments et des conjonctives depuis une huitaine de jours.

Sécheresse de la peau, légère tendance à la cyanose péri-
unguëale. Léger œdème des membres inférieurs. Langue
saburrale. Réflexe pharyngé très atténué. Ptyalisme marqué.

Douleurs gastriques ; ne supporte aucune alimentation.

Géphalée rebelle. Pas de diminution du champ visuel. Pas de névralgies dans les membres. Tissus flasques au niveau de l'abdomen.

L'examen de l'utérus montre une grossesse de 2 mois environ ; légère antéversion utérine.

Température : 36° ; pouls : 128 ; poids : 41 k. 125.

Traitement : eau de sedlitz : 2000 gr. ; entéroclyse.

A absorbé ce jour : plusieurs bouteilles d'eau de sedlitz de 600 gr. ; entéroclyse = 4000 gr.

Vomissements : 330 ; selles : 2530 ; urines : 500 = 3360.

La malade a rendu une grande quantité de matières noires et fétides.

24 janvier, même traitement : entéroclyse : 2000 gr. ; eau de sedlitz : 600 gr.

Vomissements : 290 gr. ; selles : 240 gr. ; urines : 250 = 2650 gr.

Le poids a diminué de 100 grammes.

26 janvier, la malade va mieux. Le subictère a diminué.

Traitement. — Bain tiède, pulvérisations d'éther à la région épigastrique, frictions à l'alcoolat de lavande.

La malade peut garder du bouillon, du champagne et de la limonade ; en tout : 4000 gr.

Egesta : Garde-robes et urines : 2860 gr. ; vomissements : 290 gr. = 3150 gr.

Le poids a augmenté de 1000 gr.

Le 27 janvier, la malade vomit beaucoup moins. Le pyalisme persiste encore très marqué.

Le subictère est peu apparent.

Le 28, elle absorbe 5.300 gr.

Vomissements : 240 gr. ; selles : 2490 gr. ; urines : 1500 gr. ; = 4230 gr.

Urines : chlorures par litre 0 gr. 72 ; acide urique 0 gr. 95.

L'état général est meilleur, le pouls tombe à 90. Le poids augmente de 500 gr.

Le 29, la malade ne vomit plus, le ptyalisme est insignifiant, augmentation en poids : 250 gr.

On peut commencer l'alimentation : bouillon, bière, 1 œuf.

Ing. : 6000 gr.

Eg. : Garde-robes : 2390 gr. ; urines : 3250 gr. = 5640 gr.

30 janvier. Ing. : 4280 gr.

Eg. : Urines : 2000 gr. ; garde-robes : 2120 = 4120 gr.

Les vomissements ont cessé complètement. Le ptyalisme est insignifiant. Subictère a disparu.

La malade peut manger : bière, limonade, bouillon, 1 œuf, quelques gâteaux, du chocolat ; tout cela est conservé.

31 janvier, l'état général est bien meilleur, la malade marche presque seule et peut faire ainsi quelques pas.

Le ptyalisme a complètement disparu.

Ing. : 4,500 gr.

Eg. : Garde-robes : 2.380 gr. ; urines : 2.000 gr. = 4380 gr.

1^{er} février, Ing. : 4.680 gr.

Eg. : Urines : 2250 gr. ; garde-robes : 2180 = 4430 gr.

Le poids augmente de 250 gr.

2 février. L'amélioration s'accroît. Ing. : 3800 gr.

Eg. : Vomissements : 120 gr. ; garde-robes : 2180 gr. ; urines : 1750 gr. = 4050 gr.

3 février, la malade a eu de nouveau un peu d'intolérance gastrique, mais les vomissements ne se reproduisent plus, la malade faible encore peut se lever.

Le 4, elle quitte l'hôpital. Etat satisfaisant.

OBSERVATION V

Ptyalisme incoercible

Mad. L..., 30 ans, ménagère, V pare ; entre à Lariboisière le 31 octobre 1903.

Hist. — Cette malade se plaint de ressentir depuis un mois un état nauséux permanent.

Sialorrhée très abondante.

A l'examen, on constate les stigmates de l'hystérie.

Rétrécissement notable du champ visuel.

Troubles de la sensibilité.

Zones d'anesthésie cutanée.

La malade, très irritable, n'a cependant jamais eu de crises nerveuses. Elle vomit ses aliments.

L'examen de l'utérus fait reconnaître une grossesse d'un mois et demi environ.

Le 1^{er} novembre. — T. normale, Poids : 52 kilog.

Traitement : Plusieurs bouteilles d'eau de Sedlitz jusqu'à évacuation de selles abondantes.

La malade absorbe 6 bouteilles dont elle rend une grande partie. On détermine ainsi 10 selles abondantes et fétides.

La malade absorbe un peu de champagne glacé plus une potion : looch menholé.

Le 3 novembre. — Les vomissements ont cessé, mais le pytalisme persiste, très marqué.

Le 4. — La malade n'allant plus à la selle, on lui donne de nouveau deux bouteilles d'eau de Sedlitz qui sont vomies.

Une entéroclyse détermine trois selles abondantes et fétides.

Le 5. — La sensation du mal de mer a disparu.

On donne à la malade une potion à l'eau chloroformée, par cuillers à café, et des pulvérisations d'éther sur le creux épigastrique.

Ces pulvérisations procurent un soulagement notable.

Le 6. — La malade essaye de prendre quelque nourriture sans succès.

Poids = 53 k.

Le 8. — La malade ne prend que du café glacé.

Sialorrhée 1 k.

Vomissements 1 k.

Le 9. — Sialorrhée 1 k.

Vomissements 2 k. 5

Le 10. — Sialorrhée moindre 1/2 k.

V = 1 k.

Poids = 51 k. 5

Le 11. — T. normale. P. 104. P. 50 k. 5.

La malade peut garder un peu de potage et de bière.

Elle ressent quelques vertiges.

Injections de *sérum* (1000 gr.).

Sial. = 1/2 k. 5. V. = 2 k. 5.

Le 12. — T. 37°6. Pouls 108. Poids 51 k.

La malade accuse des douleurs en éclairs dans les membres inférieurs.

Les réflexes rotuliens sont très atténués.

Traitement. — Sérum : 1000 gr.

3 ballons d'oxygène et 0 gr. 25 de valérianate de cérium en pilules.

Sial. : 1 k., vomissements, 2 k.

Le 13. — Pouls plein, fort, 114.

Sial. : 1 k. V. 1 k.

Les vomissements et la sialorrhée sont abondants.

Les douleurs crurales ont été intenses.

La malade a eu des frissons.

Le 14. — Pouls 106 : Poids 52 k. 500.

La malade est plus calme. Elle a dormi cette nuit. Les douleurs sont moins fortes. On continue le même traitement. 1000 gr. de sérum ; pilules de cérium. Eau chloroformée.

Sial : 1 kgramme. V : 1 k. 5.

15 novembre. — Pouls 102 ; Poids 51 k.

Même traitement + injection de 0 gr. 001 de strychnine.

Sial : 1 k. ; Vom. 1 k.

Pouls 96.

16 novembre. — Amélioration notable.

S. 1 k.

V. 0 k. 500.

Les vomissements s'amendent.

La malade peut absorber un peu de salade et du blanc de poulet.

Le 17. — Pouls 84.

Sial : 500 gr.

Vomissements 500 gr.

L'état général est meilleur. Les douleurs crurales ont disparu.

La malade peut manger et garder une côtelette, le soir, des épinards.

Du boudin est vomi.

Même traitement.

Le 18. — Pouls 90, poids 50 k.

La malade peut s'alimenter tout en conservant un état nauséux.

Sial 1 k. 5.

Vomissements 1 k. 5.

La malade ressent encore du malaise et du refroidissement aux extrémités.

Le 19. — Ingesta : 2420 gr. Pouls 96.

Eg. : V = 250, S = 300, Selles = 1500, Urines = 500

Total : 2050 gr.

La malade est de nouveau soumise à l'eau de Sedlitz.

Le 20 novembre. — Pouls 104 : Poids 49 k. 800.

M. Bonnaire trouve par le toucher un col dur, scléreux. Tentative de pénétration digitale impossible.

La malade absorbe 600 gr. d'eau de Sedlitz et mange du rôti ragoût, pain, bière.

Ingesta : 3.550.

Egesta : V. 1100 ; S. 450 ; U. 500 ; Selles 1300 = 3450.

Urines

D = 1027.

Par 24 heures. *Urée* 4.803.

Acide urique 1.325.

Chlorures 4.068.

Phosphates 1.987.

Salive

Q' = 480 gr.

Urée = 0.969.

Phosphates = 0.211.

Chlorures = 1.608.

Le 25. — Le poids tombe à 46 k. Pouls 112. T. 37°5.

L'état général étant mauvais.

Le pouls et la température ayant une tendance constante à s'élever M. Bonnaire pratique l'avortement provoqué à l'aide du ballon Tarnier.

Les jours suivants. — Les vomissements s'arrêtent. L'alimentation se fait bien, le poids s'élève, le pouls et la température redescendent à la normale.

2 décembre. — La malade quitte l'hôpital en bon état.

Poids 50 k. 400.

OBSERVATION VI

Personnelle

Mad. F....

Ant. — 1 grossesse, il y a 4 ans ; aurait eu des vomissements pendant les deux premiers mois, mais qui disparurent à la fin du deuxième mois.

Chlorose à 17 ans.

Il y a un an, aurait été soignée pour troubles névropathiques.

Vers la fin d'octobre, la malade est prise de vomissements qui s'accroissent.

Rend régulièrement ses repas une demi-heure ou trois quarts d'heure après l'ingestion. Traitement institué : hémoglobine, fer, vin de Colombo.

Obligée de cesser ses occupations, la malade continue néanmoins à s'occuper de son ménage.

Poids en août, 130 livres. Au 15 novembre, 120 l.

La malade diminue son alimentation et vomit un peu moins. Depuis le 20 novembre, diarrhée intense. Vers cette époque, elle est prise de douleurs dans les jambes et dans le ventre. A partir de ce moment, ne quitte plus le lit. Selles très irrégulières tous les 3-4 jours. A été purgée à deux reprises à trois semaines de distance.

Depuis le 20 novembre, ne supporte comme aliment que du bouillon.

Entre à Lariboisière le 5 décembre 1903.

Etat actuel. —

T. : 37.5. Pouls, 104. Poids, 50 kil. 630.

L'état général est mauvais.

Faciès amaigri.

Langue saburrale.

Un peu de stomatite.

Frissons, douleurs intercostales.

Circulation défectueuse aux extrémités qui sont refroidies.

Douleurs spontanées dans la zone du nerf crural.

Sensibilité générale altérée à gauche, M. S. — à droite, M. Inf.

Réflexes normaux.

Un peu d'anesthésie pharyngée.

Rétrécissement bilatéral concentrique du champ visuel.

Pas de zones hystérogènes.

Examen de l'utérus : grossesse de 3 mois.

La malade prend 1 bouteille de Sedlitz puis, dans la nuit, une 2^e qui est vomie.

Pouls : 80.

Ptyalisme peu marqué, 110 gr. Urines, 265^{cc}.

A perdu 1 kilog.

A eu 3 selles fétides dans la nuit.

ANALYSE :

Elimin., 24 heures. D.	1,032.
Urée	4,751
Acide urique	0,349
Chlorures	1,703
Phosphates	1,033
Indican. indol	présence.

Salive, = 110 gr.

D = 1,004. R. alcaline.

Urée = 0,130 par litre.

Chlorures = 1,17 d°

Phosphates = 0,24 d°

Sulfocyanates... Présence.

6 décembre. — La malade n'a pas vomi, a absorbé un œuf et un peu de pain qu'elle a gardés.

Traitement: sérum sous-cutané, 1,000 gr. ; oxygène, 3 ballons ; un lavement alimentaire lait, 200 ; jus de viande, 60 ; jaune d'œuf n° 1.

Eg. : Urines, 600 ; selles, 520 ; salive, 175.

La température est constamment restée normale.

7 décembre. — La malade a continué à se nourrir.

Potages, bouillon + sérum = 2,315.

Côtelettes et lait.

Egesta : Selles, 580 ; urines, 1 lit. 150.

Peu de ptyalisme. 30 gr.

8 décembre. — Pas de vomissements, ni de ptyalisme.

A absorbé 2,075.

Eg. : Selles, 800 ; urines, 2 litres.

Le poids commence à s'élever. Hier, 49 kil. 700 ; aujourd'hui, 50 kil.

9 décembre. — La malade se nourrit.

Selles, 800 ; urines, 1,250 ; ptyalisme, 10 gr.

Ing. 1,485 gr.

Elle se trouve mieux. Son état général est meilleur. La stomatite a presque disparu. — Les douleurs intercostales également.

Les douleurs crurales persistent. Le sommeil est revenu.
Poids : 51 kil.

Le 10. — Ing. 1,235.

Eg. : Selles, 200; urines, 1 litre 500; salive, 40 gr.

Toujours pas de vomissements.

Le 11. — Urines, 1 litre 750.

L'état général est meilleur.

La malade s'est levée. Elle se sent faible et ressent encore de la céphalée. Les douleurs de jambe ont disparu.

Plus de pytalisme. Seulement quelques douleurs thoraciques.

L'eau de Sedlitz est renouvelée.

Le 12. — La malade est en bon état.

Elle se lève et demande à partir.

OBSERVATION VII

Mad. Ch..., 32 ans. IV pare, blanchisseuse.

Entre le 6 février 1904, à Lariboisière.

Antécédents. — Jusqu'à sa dernière grossesse, rien de particulier. 2 mois après son dernier accouchement, est traitée à la Salpêtrière pour une paralysie du côté droit et mouvements choréïques; n'a jamais eu de crises nerveuses.

3 semaines après la fin de ses dernières règles, au début de septembre, a été prise de vomissements pour lesquels elle fut plusieurs fois soignée à l'hôpital. Les vomissements cédèrent momentanément pour reprendre un peu plus tard.

Etat actuel. — Rétrécissement marqué du champ visuel.

Abolition du réflexe pharyngé.

Troubles de la sensibilité.

Zone d'anesthésie au niveau de la jambe droite.

Pas de zone d'hyperesthésie.

Pas de zone hystérogène.

Caractère très irritable.

L'examen de l'utérus montre une grosseur de 5 mois environ.

Poids, 48 k. T. : 37. Pouls : 96.

Pas de troubles de la vue, pas d'hallucinations, pas de signes de névrite. Elle raconte qu'elle vomit tout ce qu'elle prend. On constate des vomissements bilieux. Ptyalisme marqué.

La malade est soumise au traitement de Forgues.

Absorbe : 1 bouteille 1/2 d'eau de Sedlitz, n'en garde que 2 verres.

Pas de selles.

Le 8 Février. — Diète absolue ; 1000 gr. de sérum.

Grande entéroclyse.

Les vomissements continuent.

Le 9 février. — Pouls 108 ; poids : 46 k. 800.

Le poids baisse de 800 gr.

Pas de phénomènes de névrite mais troubles visuels : mouches volantes :

Cauchemars la nuit.

Pas d'hallucinations.

Le 10 février. — Pouls 108 ; Poids 46 k.

On pratique la suggestion et on fait absorber 1 bouteille de Sedlitz 600 gr.

Selles très abondantes et fétides.

Les troubles visuels diminuent.

La malade peut prendre un peu de potage, de la bière. Total : $2210 + 600 = 2810$.

Eg : Vomissements : 200 ; selles : 1625 ; urines : 500 = 2325 $\frac{5}{6}$

Le 11 février. — Pouls 96 ; Poids 47 k. 300.

Etat général meilleur, plus de troubles oculaires.

La malade s'alimente et peut prendre potage, poisson, viande, légumes.

Ingesta : total 3985 gr.

Eg : Selles 70 ; V. 160 ; Urines 1250 ; Salive 140 = 1620 gr.

Le 12 Février. — Purgation à l'eau de Sedlitz.

Le pyalisme est encore marqué, 500 gr. ; les vomissements = 320.

Le 13 Février. — Les vomissements ont cessé. La malade quitte l'hôpital. Son poids est de 50 k.

OBSERVATION VIII.

(personnelle)

Madame C. . .

Dernières règles 11 au 13 août.

Antécédents névropathiques ; crises convulsives, hystérie.

Hist. — Vomissements le 19 septembre jusqu'au début d'octobre et soignée dans le service.

Depuis lors, bonne santé générale.

A eu à plusieurs reprises des vomissements qui cédaient facilement.

Le dimanche 24 avril les vomissements se reproduisent ; la malade affirme qu'elle rend tout depuis ce jour. Elle entre à Lariboisière le 28 avril 1904.

Le jour de son entrée elle essaye de s'alimenter, mais vomit tout immédiatement, elle ne peut garder qu'un peu de bière.

A son entrée on constate :

Anesthésie pharyngée,

Diminution du champ visuel,

— de la sensibilité à la douleur au membre inférieur droit.

idem au niveau de la paroi abdominale.

A gauche hyperesthésie ; zones hystérogènes au niveau du sein gauche et de l'ovaire gauche.

La langue est saburrale ; rouge sur les bords.

Il n'y a pas de subictère.

Température normale ; pouls 80 ; Poids 47 kg. 800.

Les jours suivants l'intolérance gastrique ne s'amende pas.

Le 29 M. le Dr Dubrisay fait ingérer à la malade une bouteille d'eau de sedlitz en lui suggérant que c'est du champagne de qualité inférieure.

Dès le 30 avril la malade peut absorber quelques aliments pain, viande potage.

Analyse d'urine ; 30 avril.

Quantité 800 gr. — D. 1014. — Dépôt peu abondant : urines troubles. — Urée 16 gr. 270. — Acide urique 1 gr. 488.

Chlorures 0 gr. 749. — Phosphates 1 gr. 651. — Albumine : traces Urobiline : présence.

Le 2 mai. — pouls 80. — Poids 50 kg. 300.

L'alimentation a pu être continuée (cotelettes, potages, etc.)

La malade a quelques transpirations, dort mal la nuit.

Elle tousse et présente à l'auscultation quelques râles de bronchite bilatérale.

Ingesta 4.435 gr.

Egesta. — Urine : 4000 ; vomissement : 430 ; selles : 310 = 4.650 gr.

Poids 50 kg. 500.

Le 3 mai. — Ingesta 4.220 gr.

Egesta. — Urine 2.500. — Vomissements 270. — Selles 310 = 3.080 gr.

4 mai. — L'état général est meilleur ; la toux s'est amendée les râles ont disparu. La malade dort mieux.

Elle ne vomit presque plus.

Ingesta 3.320 gr.

Egesta. — Urine 3.000, — Selles 655. — Vomissements 290 = 3680 gr.

Poids 52 kg. 800

6 mai. — La malade reprend une bouteille d'eau de sedlitz. Plusieurs selles fétides. Elle se trouve bien ce matin.

Urines 2 litres.

7 mai. — La malade prend : potages, viande, pain, etc.

Thé, Eau de Vichy. 3.785. — Urines 3 l. 250.

P = 51 kg. 380.

Le 8 mai. — La malade part guérie, appétit revenu, pas de vomissements.

OBSERVATION IX

(personnelle)

Mme D..., 45 ans, ménagère, IX pare.

Antécédents. — Variole à 10 ans.

Fièvre typhoïde à 12 ans.

Jamais de crises nerveuses.

On note seulement : antécédents névropathiques.

8 grossesses antérieures à terme.

Vomissements simples à chacune d'elles au début, n'entra-
vant pas l'alimentation et cessant spontanément.

Age de la grossesse à son entrée, 2 mai 1904, 2 mois 1/2.

Hist. — La malade pesait 57 kilos au mois de janvier.

Les vomissements débutent à la fin de février.

Dès ce moment, la malade se plaint de ne garder presque rien.

Les vomissements se produisent immédiatement après l'ingestion des aliments. La thérapeutique a consisté en : eau oxygénée à l'intérieur et potions diverses. Pas de purgatif.

Les vomissements continuant, cette femme s'affaiblit de plus en plus ; elle est obligée bientôt de garder le lit. Elle entre à l'hôpital le 2 mai 1904, sur le conseil de son médecin.

A son entrée. — L'état général est mauvais.

La malade se sent très affaiblie.

La station debout s'accompagne de vertiges.

État nauséux permanent.

Examen physique. — Amaigrissement considérable. Masses

musculaires atrophiées et de consistance molle. La peau sèche présente quelques furoncles disséminés.

Teinte subictérique marquée.

Stomatite très accentuée. La langue rouge sur les bords et à la pointe, recouverte d'un enduit saburral présente des plaques de desquamation épithéliale ; sur le bord libre des gencives érosions recouvertes de dépôts pultacés.

Dents en mauvais état.

Muqueuse buccale rouge, sèche avec plaques desquamatives. Sensation de cuisson permanente. Sialorrhée marquée.

Les vomissements sont réellement incoercibles et consistent surtout en suc gastrique mêlé de mucus et de glaires.

L'exploration physique montre de l'hyperesthésie gastrique sans dilatation.

Le gros intestin est dilaté et présente une sensibilité marquée à la palpation au niveau des angles cœliques et de l'S iliaque.

La malade est extrêmement constipée.

Poumons et cœur sains.

Système nerveux. — Pas de rétrécissement du champ visuel, ni de dyschromatopsie.

Diminution du réflexe pharyngé.

Réflexes rotuliens normaux.

La sensibilité cutanée est exagérée notablement aux membres supérieur et inférieur gauches. Hyperesthésie mammaire à droite.

Hyperesthésie ovarienne légère des deux côtés.

Température normale ; pouls 90 ; poids : 43 kg. 350.

2 mai. — La malade ne veut rien prendre.

Elle absorbe seulement une bouteille d'eau de sedlitz qui est vomie.

Pas de garde-robe.

Le 3 mai. — Température normale ; pouls : 112 ; poids : 42 k. 700.

La malade a pris deux bouteilles d'eau de Seltitz et a rendu 10 garde-robes très fétides.

Examen des urines :

V. des 24 heures = 415 centimètres cubes.

Réaction neutre.

Densité 1024.

Urée	7 ^{gr} 849 p. jour
Acide urique	0 ^{gr} 095 »
Chlorures (Na Cl)	1 ^{gr} 577 »
Ac. phosphorique (P ² O ³)	0 ^{gr} 636 »
Albumine	—
Indican	—
Urobiline	—

} présence.

Température normale; pouls : 104; poids 42 k. 300.

Le 4 mai. — La malade a pu dormir. Elle se plaint de bourdonnements d'oreilles et de secousses nerveuses.

Deux lavements de serum de 2 litres sont très mal supportés et rendus immédiatement; 2 selles fétides.

La malade absorbe un peu d'eau de Vichy et de théaurhum.

Urines : 250 gr.; vomissements et ptyalisme : 270 gr.

Le 5 mai. — Température 36°8. Pouls 100. Poids 41 kg. 850

La malade reçoit un lavement de serum artificiel de 2 litres qui provoque 2 selles fétides.

Elle n'absorbe qu'un peu de lait et d'eau de Vichy. Urines 400. — Vomissements 520.

Le 6 mai. — Température 36°. Pouls 100. Poids 42 kilogr.

La malade se plaint de maux de tête et d'insomnie.

1 lavement de serum de 2 litres détermine une selle non fétide.

On pratique 1 injection sous-cutanée de glycogène de 0 gr. 50 centigr.

Un peu de lait ingéré est vomé.

Ingesta. — Thé au rhum 1000 gr. Eau de Vichy 500 gr. = 1500

Egsea. — Selles 390. Urines 250. Vomissements 250 = 890.

Le 7 mai.—Température : 36.4 ; pouls : 108 ; poids : 42 k.

Ing. : Une injection de glycogène 0 gr. 50 ; un lavement de sérum 2 litres. N'a pris que thé au rhum : 250 gr. ; eau de Vichy : 600 gr. = 850 gr.

Urines : 250 gr. ; vomissements : 390 gr. ; selles : 775 gr. = 1415 gr.

Le 8 mai. — Température : 36.4 ; pouls : 120 ; poids : 41 k. 700.

Un lavement de sérum de 1 litre 1/2 ; peu de garde-robes.

Ing. : eau de Vichy : 600 gr. ; thé : 300 gr. ; bouillon : 160 = 1060.

Eg. — Urines : 400 gr. ; vomissements : 300 = 700.

Le 9 mai, température : 36.4 ; pouls : 108 ; poids : 42 k.

Les troubles nerveux s'accroissent. L'insomnie est très marquée. Agitation continuelle. Douleurs abdominales. Les lèvres et la langue sont fuligineuses.

Lavement de sérum de 1 litre 1/2.

Un grand bain tiède de 1 heure — 1 ballon d'oxygène on ajoute un lavement de peptones. 540 gr. de peptones pour chacun + III gouttes de laudanum.

Le 1^{er} a été rejeté, les 2 autres bien gardés. Selles 430 — Vomissements 320.

Le 10 mai. — Température 36.4 — Pouls 124 — Poids : 41 kg. 760.

La journée est mauvaise. La malade se plaint de vertiges continuels et de troubles de la vue.

Elle se plaint d'avoir ressenti des hallucinations nocturnes.

Des hématemèses apparaissent.

L'ictère est très marqué ; le faciès très amaigri les lèvres couvertes de fuliginosités. 4 lavements alimentaires avec 40 g. de peptones sont gardés.

T. 36°6. Pouls 112. Poids 42 k. 250.

Le 11 mai. — L'état général est très grave.

Après toilette vulvaire, on place dans le vagin un tamponnement iodoformé.

Grand bain d'une heure. Inhalations d'oxygène. 5 Lavements nutritifs, dont 4 sont gardés.

Peptones	40
Lait.....	110
Jaune d'œuf..... n°	1

Ingesta: Lavements 600 gr.; sérum 1000 gr. = 1600 gr.

Egesta: Selles 855 gr.; vomissements 180 gr. = 1035 gr.

Les urines, en petite quantité, sont très foncées et contiennent de l'urobiline; la chaleur et l'acide acétique précipitent une notable quantité d'albumine.

Le 12 mai. — T. 36°4. Pouls 124. Poids 41 k. 820.

Dans la journée, l'état général devient de plus en plus mauvais. Les hématomèses se reproduisent, des épistaxis apparaissent. Prostration profonde.

Les vomissements diminuent, 80 gr. seulement.

La malade reçoit 6 lavements alimentaires: 900 gr.

Deux ballons d'oxygène.

Un bain d'une demi-heure.

Le 13 mai. — Etat très grave: pouls petit, rapide, filant, 140. Prostration complète.

La malade répond à peine aux questions qu'on lui adresse.

M. Bonnaire pratique l'avortement brusqué.

Il pratique la dilatation du col avec des bougies d'Hégar, puis le morcellement du fœtus et le curettage de la cavité utérine.

La malade absorbe ensuite quelques cuillerées à café de thé au rhum, qui est gardé.

A midi. — Tendance au collapsus. Pouls presque imperceptible et incomptable.

On pratique des inhalations d'oxygène, des injections sous-cutanées de caféine, d'éther.

M. Devraigne, interne du service, pratique une injection intraveineuse de sérum artificiel.

Sous cette action le pouls se remonte momentanément.

A 2 heures. — La situation devient très grave.

Extrémités froides. Narines pincées. Facies grippé.

La malade rejette par le rectum une assez grande quantité de liquide jaunâtre et d'une très grande fétidité et probablement résidu de lavements alimentaires non absorbés.

Le pouls devient imperceptible et la malade meurt à 2 h. 30 soir.

OBSERVATION X

personnelle

Mad. C..., entre le 5 mai 1904 à la Maternité de Lariboisière pour vomissements incoercibles.

Pas d'autécédents pathologiques ; jamais de crises nerveuses.

Hist. — Une fausse couche de 6 semaines.

Une grossesse il y a 5 ans avec vomissements graves, soignés 1 mois et terminés par avortement provoqué.

Age de la grossesse actuelle : 6 semaines.

La malade a été prise de vomissements il y a six semaines.

Elle raconte qu'elle vomit tout ce qu'elle prend.

N'a pas été à la garde-robe depuis 10 jours.

A l'examen, on trouve la malade très faible.

Peau sèche subictérique. Urines foncées.

Stomatite marquée.

Sensation de brûlure dans la bouche.

Langue saburrale.

Pas de douleur épigastrique ou hépatique.

Le foie est peu douloureux. Il est petit et à la percussion, la matité n'atteint pas le rebord des fausses côtes.

On ne constate pas de rétrécissement du champ visuel.

Pas d'anesthésie pharyngée.

Sensibilité égale des 2 côtés.

Pas de zones hystéro-gène.

Rien au cœur ni aux poumons.

Temp. normale. Pouls 104. Poids 50 kg. 300.

La malade absorbe 2 bouteilles d'eau de Sedlitz et un peu de bière qu'elle vomit.

Le 6 mai. — Pouls 100. Poids 49 kg. 700.

Elle absorbe une bouteille d'eau de Sedlitz qui est vomie.
Insomnie marquée.

Pas de garde-robe.

0^{gr}50 glycogène.

Urines 500 gr., vomissements verdâtres 750 gr.

Le 7 mai. — Temp. normale. Pouls 104. Poids 49 kg 600.

L'intolérance continue.

L'état général s'altère; l'amaigrissement s'accroît; l'ictère est très marqué.

Selles : 870; vomissements : 1190; Urines :
500 = 2560.

Traitement : Une piqûre de glycogène (0^{gr}50).

Eau de Sedlitz : 600; thé : 250 = 850 gr.

N'a pas pris d'aliments.

Le 8 mai. — Temp. normale. Pouls : 112. Poids : 49 kg 500.

On fait à la malade un lavage d'estomac avec trois litres d'eau de Vichy.

On ajoute 600 grammes d'eau de Sedlitz + 0 gr. 05 de cocaïne.

Eau de Sedlitz : une bouteille de 600 gr.

1 verre, est gardée 10 minutes.

Les autres verres sont vomis de suite.

Garde-robes insignifiantes.

Matières ovillées sans fétidité spéciale.

Urines. (8 mai).

V. des 24 heures : 785 centimètres cubes.

Réaction liq. acide.

D. 1021.

Élimination dans les 24 heures : 1021 gr.

Urée	20 ^{gr} 111
Acide urique	0 ^{gr} 494
Chlorures (N. a Cl)....	0 ^{gr} 918
Phosphates P ³ O ⁵	1 ^{gr} 674
Albumine.....	traces.
Urobiline et pigments	} présence.
biliaires	
Indican	

Le 9 mai. — T. normale. Pouls 108. Poids 48 kil. 750.

Trois lavements de peptones gardés. Peptones 40 gr.

Un bain tiède; inhalations d'oxygène.

L'intolérance persiste.

La situation s'aggrave; l'amaigrissement s'accroît encore.

La malade se plaint de vertiges et d'une grande faiblesse.

Eg.: Selles 1940 gr.; vomissements 700 gr.; urines 500 gr. = 3140 gr.

Le 11 mai. — Pouls 108. Poids 48 k. 260.

A eu 5 lavements alimentaires de 150 gr. = 750 gr.

Etat général stationnaire.

La malade absorbe seulement quelques morceaux de glace.

Grand bain d'une demi-heure.

Oxygène en inhalations.

Eg.: Selles 960 gr.; vomissements 300 gr.

Le 12. — Pouls 116. Poids 48 kilos 150.

La malade **reçoit 6 lavements alimentaires** 900 gr.

La situation n'est pas meilleure: en raison de son état nauséux, la malade n'essaye même plus aucune alimentation: elle n'est soutenue que par des lavements alimentaires.

Vomissements 350 gr.; selles 140 gr.

Oxygène; bain d'un demi-heure.

Le 13. — Pouls 116. Poids 48 kilos 050.

Même traitement.

Selles 190 gr.; vomissements 550 gr. = 740 gr.

6 lavements alimentaires; 900 gr.

L'état général est précaire — la malade présente un ictère

intense — peu d'urines qui sont foncés urobiliniques. Amaigrissement considérable; grande dépression.

La malade est inerte dans son lit. Sialorrhée marquée.

Le 15 mai. — La malade est prise dans la nuit de douleurs et de métrorrhagies.

Avortement en un temps le matin à 8 heures.

Expulsion d'un œuf complet, 125 gr.

Dans la journée, elle peut absorber et garder :

Une demi-bouteille de champagne, un verre de café.

Un potage.

Les vomissements ont disparu.

A eu 500 gr. de sérum.

Pouls 110.

Le 16 mai. — Ingesta : Une demi-bouteille de champagne.

Thé; poulet; légumes.

Température normale. Pouls 108.

» 110.

Le ptyalisme persiste en moindre quantité; la malade se sent mieux.

Le 17 mai. — La malade s'alimente, ne vomit plus.

L'appétit revient; l'ictère s'atténue.

L'état général s'améliore. Le sommeil est meilleur.

Le pouls est encore à 112.

Selles abondantes et fétides.

Le 18 mai. — Le pouls est à 96°.

Léger ptyalisme.

La malade se sent plus forte.

Le 23 mai. — Elle peut s'asseoir sur une chaise, près de son lit.

Le ptyalisme a disparu.

Le 25 mai. — Sort guérie.

OBSERVATION XI

Due à l'obligeance de MM. Bonnaire et Catuffe.

Jeune femme de 24 ans, petite, bien conformée, poids normal 43 kilogs.

Antécédents héréditaires. — Arthritisme.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Menstruation régulière.

En 1900, grippe à forme gastro-intestinale. On a constaté à ce moment, léger abaissement du rein droit.

Depuis longtemps, dyspepsie hypochlorhydrique sans dilatation stomacale. La malade est nerveuse néanmoins, pas d'autre manifestation hystérique que la sensation de boule pharyngée. N'a jamais eu de perturbations sensorielle.

Mariée en juin 1903, les troubles digestifs se sont manifestés avec alternatives d'amélioration et de rechutes.

Etat actuel. — Dernières règles, 15 mars 1904.

Dans la 2^e quinzaine de mars, troubles digestifs deviennent intenses. L'appétit disparaît, la malade restreint son alimentation et maigrit. Même état jusqu'au 16 avril. Le 17, apparaissent les vomissements; intolérance gastrique bientôt très marquée. Ne supporte que le lait écrémé en petite quantité et la citronnade glacée. Douleurs vives au creux épigastrique. On administre successivement glace, eau chloroformée, potion de Rivière, badigeonnages de gaiacol, pulvérisations d'éther et chlorure d'éthyle, poûmade balladonée, inhalations d'oxygène sans résultat. Une injection sous-cutanée de sérum artificiel au niveau de la cuisse détermine des douleurs très intenses qui durent 24 heures.

M. Bonnaire appelé le 24 avril constate :

Grossesse de 5 à 6 semaines. Vomissements incoercibles à la 2^e période. Amaigrissement notable. Poids 132 à la fin de l'examen. Il conseille l'administration, suivant sa technique

habituelle, d'eau purgative saline à doses répétées jusqu'à ce qu'il y ait absorption d'une quantité suffisante pour évacuer l'intestin.

On prescrit par surcroît le valérianate de cérium et la tannate d'orexine, inhalations d'oxygène, lavements alimentaires.

2 bouteilles d'eau de Sedlitz rejetées à peu près complètement et la 3^e donnée le 28 au matin, et mieux gardée, provoquent 4 selles dont 3 notamment très abondantes et très fétides. Les vomissements continuent.

29 et 30. Etat stationnaire, alimentation par lavements nutritifs. L'intolérance gastrique persiste. L'épigastre, la région ombilicale restent très douloureux. L'amaigrissement fait des progrès. — Pouls 108-112.

Le 1^{er} mai à un 2^e examen, M. Bonnaire constate une légère amélioration de l'état général ; pas de troubles nerveux annonçant l'approche de la 3^e période. Intolérance gastrique absolue. Lavements nutritifs gardés. $T = 37^{\circ}2$, $P = 110$. On décide de cesser toute ingestion buccale dans l'espoir d'amener quelque sédation dans la violence des vomissements.

On continue inhalations d'oxygène et on commence les injections de glycogène (0 gr. 50 par inject. et par jour). Pas de résultat et même l'injection de glycogène provoque des douleurs vives dans le membre inférieur avec parésie passagère à la suite. Etat nauséux, la malade ne rend qu'un peu de salive déglutie. Une fois, il y a vomissement de bile verdâtre d'aspect puracé. Dans la journée, la malade se plaint de bourdonnements d'oreilles, de voir des points noirs devant les yeux, de ne pouvoir colliger ses idées, par exemple de ne pouvoir faire sa prière comme à l'ordinaire.

3 mai. — Hyperesthésie marquée. Amaigrissement 410 gr. en 2 jours. La malade aurait perdu 10 à 11 kilogs en 3 semaines, soit en moyenne 400 à 500 gr. par jour. Cette nuit subdélire. Tendance aux hallucinations ; la malade dit avoir vu sa mère se promenant en compagnie du duc d'Orléans.

En se basant sur :

- 1° l'affaiblissement progressif ;
- 2° l'émaciation continue et rapide ;
- 3° la persistance des vomissements de plus en plus pénibles ;

4° la tendance aux troubles nerveux graves imminents, hyperesthésie, hallucinations. MM. Bonnaire et Catuffe décident de recourir à l'intervention obstétricale. L'interruption de la grossesse est la seule ressource qui reste pour arracher la malade à la mort. Toutefois, au lieu de recourir à l'avortement extemporané, ils décident à titre de temps préalable, d'appliquer le traitement de Copeman : dilatation simple du col utérin. Celle-ci est pratiquée le jour même à l'aide d'une tige de laminaire stérilisée n° 24 de la filière Charrière. L'introduction difficile montre une rigidité marquée du col ; pendant la nuit, douleurs utérines, vomissements continuels.

4 mars. — T. 37, P. 120. Un lavage intestinal amène une selle abondante et fétide.

On retire la tige de laminaire étranglée par l'orifice interne du col, ayant à peu près l'aspect d'un sablier.

On augmente la dilatation avec des bougies d'Hegar jusqu'au 20 inclus. Leur introduction lente et pénible constitue un véritable cathérisme appuyé. Pour passer d'une bougie à une autre, il faut faire une sorte de massage excentrique.

Le col ouvert, l'œuf est extrait facilement à l'aide de la curette-rateau. L'embryon semble âgé de 5 semaines. Après curettage, tamponnement à la gaze stérilisée pour prévenir toute perte de sang qui pourrait être fatale à la malade tant elle est affaiblie. Les vomissements cessent immédiatement. La malade demande et absorbe un peu de champagne qu'elle ne rend pas, elle garde même un potage léger, un peu de compote. Soir T. : 37°5, P. : 108.

5 mai. — T. : 36°8, P. : 108. La mèche est enlevée.

Les vomissements ont cessé. Alimentation plus substantielle.

A 3 h. après-midi, frissons multiples. T. 39°4. Douleur légère au niveau du fond de l'utérus ; cul-de-sacs indolores, pas de perte, pas d'odeur des lochies. Cet accident est dû à

la coprotase. Cachets quinine. Injection intra-utérine par précaution.

6 mai. — T. : 36°8, P. : 108. Nuit bonne.

Grand lavage intestinal au bicarbonate de soude qui provoque une selle. Pas de douleur, ni perte, ni odeur des lochies. Injection vaginale.

A 3 h. petits frissons, T. : 38°3, à 5 h. 1/2, 37°5.

7 mai. — T. : 36°8, P. : 96.

Une purgation à l'eau de Sedlitz entraîne une évacuation copieuse et fétide. Dès lors, cessation des frissons et de tout mouvement fébrile. T. soir : 37°5.

8 mai. — Très bon état général. T. : 36°6, P. : 84.

Utérus normal. Léger écoulement lochial. Malade reprend rapidement ses forces.

11 mai. — Utérus revenu sur lui-même. Le col admet à peine l'extrémité du doigt. Etat général bon. Garde-robes quotidiennes. Appétit excellent.

Analyse d'urines :

Aspect trouble. Réact. acide, léger dépôt floconneux. D. 1024.

Point cryoscopique. — 2°02.

Elimination par 24 heures :

Urée : 26.90

Acide urique : 0.50

Phosphate : . . 1.82

Chlorures : . . . 1.01

Présence de leucocytes.

CONCLUSIONS

I. — Les vomissements incoercibles constituent une des complications les plus graves de la grossesse.

II. — Leur pathogénie relève de causes qui se combinent diversement et qui peuvent se dissocier et agir isolément : c'est l'hystérie d'une part et d'autre part : l'auto-intoxication.

III. — L'influence de l'hystérie est établie par la constatation fréquente des stigmates de cette névrose et par l'évolution clinique dans certains cas.

IV. — L'auto-intoxication est prouvée par les recherches anatomo-pathologiques qui montrent dans certains cas des lésions importantes du foie et, souvent, accentuées aussi au niveau du rein.

V. — L'auto-intoxication d'origine intestinale intervient souvent d'une façon très active dans la genèse des accidents.

VI. — Dans certains cas, il paraît vraisemblable que l'auto-intoxication prend sa source dans l'œuf lui-même; opinion que vient appuyer l'influence

thérapeutique heureuse de l'avortement provoqué sur l'évolution des accidents.

VII. — La thérapeutique devra s'inspirer de ces données pathogéniques.

VIII. — Dans un certain nombre de cas, on devra mettre en œuvre la thérapeutique générale de l'hystérie, suggestion, agents médicamenteux, esthésiogènes, électricité.

IX. — D'autres cas relèvent surtout du traitement antitoxique : évacuation et désinfection de l'intestin entéroclyses de sérum artificiel à haute dose.

X. — Les deux facteurs hystérie et auto-intoxication pouvant se combiner dans une mesure variable, il sera souvent utile d'associer les deux méthodes thérapeutiques.

XI. — On surveillera avec soin l'évolution de la maladie : si, malgré un traitement bien conduit, les accidents ne s'amendent pas ou même tendent à l'aggravation on aura recours sans tarder à l'interruption de la grossesse par l'avortement provoqué.

Vu :

Le Président de la Thèse,
P. BUDIN.

Vu
Le Docteur
DEBOVE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- GUÉNIOT. - Des vomissements incoercibles pendant la grossesse *Th. d'agrégation* Paris, 1863.
- CHARPENTIER. — Vom. inc. de la grossesse. Avort. provoqué au 3^e mois ; guérison.
Bullet. de soc. obst. et gyn de Paris, 11 juillet 1895.
- LARAT. — V. inc. de gr. traités par courants continus. *Bull. de soc. obst. et gyn.* à Paris, 11 juillet 1895.
- BAR ET BIENFAIT. — 2 cas de vom. graves de grossesse traités par galv. du pneumo-gastrique. *Bull. Soc. obst. et gyn.* de Paris, 1895.
- PUECH. — Une obs. de v. inc. curetage comme méthode d'avort. artif. *Ann. de gyn.* août 1895.
- FAFIOUS. — Des v. inc. de la grossesse *Soc. d'accouchements* de Moscou. *Annales de gyn.* Déc. 1895.
- REPREFF. — *Soc. d'hy. et méd. scientif. de Kharkoff* (nov. 1895).
- CHARLES. — V. inc. de gross. *Journ. d'Acct. de Liège* 28 déc. 1895.
- LE DAMANY. V. inc. graves de gross. *Soc. obst. et gyn.* de Paris, 16 avril 1896.
- KEHRER. — Tamponnement du col utérin pour arrêter v. inc. de la grossesse.
Centralblatt. f. gynäkologie, 1896 n° 15.
- GAUTHIER ET LARAT. — Traité électrique des v. inc. de gros.
Revue internationale d'Electrothérapie. Avril-mai 1896.

BRIARD. — Etude sur les vomis. de la gros. et leur traitement.
Thèse Paris, 1896.

LA TORRE. — Ichthyol dans v. de la gros. *Soc. méd. des Hôp. de Rome* 1^{re} Sem. 1896. *Gaz hebd. de méd. et de chir.* 24 sept. 1896.

SCHWAB. — Trait. des vom. inc. de gross. *Presse méd.* 16 déc. 1896.

POZZI. — Etiol et trait. des v. inc. de gros. *Arch. di ostetr. gin. mai-juin* 1897.

DACLIN. — De l'avort brusqué par curettage dans les vom. incoerc de grossesse. *Thèse Lyon*, 1897.

LUTAUD. — Somatose dans v. inc. de grossesse. *Journal de méd. de Paris*, 18 avril 1897.

DOUMER. — Trait. électr. des vom. de la gross. *Nord medical*, 15 mai 1897.

MERLETT. — Sull'auto-intoxic-gravidiche *Rivista di ostetricia gin.* déc. 1897.

GALLOIS — Trait. des vom. inc. de la gross. par l'eau oxygénée. *J de méd. de Paris*, 7 nov. 1897.

TEMPLE. — Des vom. de la gros. *Union méd. du Canada*, octobre 1897.

AUTONCHEWITEH. — Contrib. à la thérap. des v. inc de la gross. *Congrès de Moscou*, août 1897.

GEOFFROY. — Path. et trait. des v. inc. de la gr. *Congrès de Moscou* août 1897. *Bullet. de Soc. de thérapeutique*, 15 décembre 1897.

TERRIEN. — Des vom. inc de la gross. guéris par suggestion. *Arch. de neurologie*, août 1897.

TIBONE. — Trait. des v. inc. de la gross. par inject. de cocaïne au creux de l'estomac. *Semaine méd.* 29 sept. 1897.

DEMELIN. — De la conduite à tenir en présence d'une femme enceinte qui a des vom. graves *J. des praticiens* 6 février 1897.

DORFF. — V. inc pend. gross. *Soc. belge de gyn. et d'obstétrique*, nov. 1896. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* 28 janvier 1897.

DIRMOSER. — Hyperemesis gravidarum. Wiener medizinische Wochenschrift 20 febr. 1897.

AUDRY. — Grossesse vom. incoerc. mort *Soc. des sc. méd. de Lyon*, février 1898 *Lyon, médical*, 1898 pag. 301.

GALLOIS ET BONNEL. — L'eau oxygénée dans le trait. des vom. inc. de la gross. *Bullet. de Soc. de thérapeut.* 9 mars 1898.

KLEIN. — Vom. graves de la grossesse Zeitschrift für gyn. T. 39 I Heft 1898.

BARTH. — Un cas d'auto intoxic. gravidique avec vomiss. incoerc. *Sem. méd.* 16 novembre 1898.

MERLETTI. — S. cura del vomito incoercibile delle gravid. *Ann. di obstét. e. ginec.* sept. 1898.

FRÖMMEI. — Vom. de la grossesse. Thérap. Vol 8-1898.

POLLOSSON. — Grossesse tubaire. Vom. incoercibles avortem. provoqué guérison. *Lyon médical*, 9 avril 1899.

BROCCHI. — Traitement des vomissements de la grossesse. *Bull. gén. de Thérapeut.* 30 août 1899.

BOISSARD. — Des vomissements incoercibles de la grossesse. *J. des praticiens* 21 oct. 1899.

DIRMOSER. — Hyperemesis gravidarum als autointoxication gedacht.

Wiener medizinische de Wochenschrift 7 october 1899.

DAVIS. — Vomissements incoercibles.

American journ. of. obst. mars 1900. Obstetr 1900, p. 254.

SWONNIKOW. — Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la cocaïne.

J. de méd. et de chir. pratique 10 Avril 1900.

COFFART. — Vomissements de la grossesse. *J. des sc. med. de Lille* 23 décembre 1899.

CHARREN. — Toxicité urinaire et autointoxication.

C. R. hebd de la soc. de Biol. juin 1900.

L'APÉYRE. — Vomissements incoercibles de la grossesse dus à un kyste de l'ovaire.

- Gaz. med. du centre sept. 1901. obstetr. 1901. page 44.*
WEISS. — Cocaïne dans vomissements de grossesse.
Journ. de médec. de Paris 16 Décembre 1900.
ANONFRIEW. — Rôle thérapeutique de l'hypnose dans les vomissements incoercibles de la grossesse.
Journ. d'acc. et de gynec. juillet-août 1900.
MONIN. — Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par le bicarbonate de soude à haute dose.
Lyon médical 27 janvier 1901.
Sem. médicale 30 janvier 1901.
WALZER. — Indicat. de l'avortement provoqué dans les vomissements graves de la grossesse.
Deutsche med. Wochenschrift 1900 N° 28.
Centralblatt für gyn. 15 décembre 1900.
ACHARD. — Vomissements graves de la grossesse.
Sem. médicale 6 mars 1901.
CONDAMIN. — Les lavements de sérum artificiel contre les vomissements incoercibles de la grossesse.
Sem. med. 15 janvier 1902.
Lyon méd. 2 Février 1902.
Gaz. des hôpit. 11 février 1902.
R. DE CLAIRAC. — Vomissements incoercibles de la grossesse et l'hystérie.
La med. mart. janv. 1902.
CASTELLI. — Un procédé de trait^t, des vomissements de la grossesse. *Sem. med. 2 août 1902.*
PICK. — V. inc. Sammtl. Klin. Vortr, 1902, p. 589. *Gaz. hôpit. 12 juin 1902. Obstétrique p. 142.*
GROS. — Trait. des v. inc. de la gross. par le repos absolu de l'estomac *J. de med. et de chir. prat. 20 juillet 1902.*
CONDAMIN. — Les v. inc. de la gross. *J. des praticiens, 5 juillet 1902.*
CRISTALLI. — Brèves considérat. sur l'auto-intoxic. gravidique. *Archiv. d'obstét. et gynecol. (Morisani), Napoli 1902, n°2. Anal. in obstetrique, 1902, p. 430.*

- HANS UNGER. — Vom, de la grossesse. *Thèse* Leipzig 1902.
- NICHOLSON. — Trait. de l'auto-intoxicat. gravidique par l'extr. de corps thyroïde, *transact. of the Edimb. obst. soc.* vol. 28, 1902-1903.
- COPALDI. — Recherches expérimentales sur l'inf. utérine et l'intoxication conséc. à la coprostase. *Archiv. d'obstét. et gynécol.* août 1903.
- PH. JUNG. — Sur les vom. inc. *Monatschrift f. geb und gynäk.* 1903. Band 18-H. 4. p. 570.
- TUSKAI. — Indicat. de l'interruption de la grossesse dans les vomissements incoercibles. Berlin. *Klin. Wöchenschrift*, 1903 n° 45.
- BEHM. — Hyperemesis gravidarum mit aufstellung einer neuen intoxications theorie vom wesen der Krankleit. *Arch. für gynakologie.* Band 69 Heft 2 p. 410, 1903.
- LAMBINON. — Les vom. dits inc. de la grossesse. Causes et traitement. *Journ. d'acc. de Liège*, février 1904.
- CONDAMIN. — Trait des vom. inc. de gross. par inj. de sérum artificiel. *Presse méd.* 27 février 1904.
- CELSCHLÖGER. — Trait. des vom. inc de la gross. par la noix vomique ass. au bic. de soude. *Sem. méd.* 24 février 1904.
- PLANCHU. — De l'auto-intoxicat. gravidique. *Gaz. Hôpît.* 23 et 30 janvier 1904.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
I ^{re} PARTIE. — HISTORIQUE.....	9
Evolution des conceptions pathogé- niques.....	
II ^e PARTIE. — THÉRAPEUTIQUE.....	29
1 ^{er} CHAPITRE. — Traitement médical.	
Agents médicamenteux, agents physiques, théra- peutique, antitoxique.	
2 ^e CHAPITRE. — Traitement obstétrical.	46
1 ^o . — Traitement local.....	
2 ^o . — Dilatation du col utérin.....	47
3 ^o . — Avortement provoqué; ses indications.....	48
III ^e PARTIE. — Observations.....	53
IV ^e PARTIE. — Conclusions.....	92
V ^e PARTIE. — Index bibliographique...	94

